

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
ORTEGA Y GASSET**

**Programa de Doctorado
GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**



TESIS DOCTORAL

**Las decisiones en las políticas de los modelos del servicio nacional de
salud descentralizados: los casos de la Comunidad de Madrid y la
región de Lombardía (2000-2014)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Inmaculada Mateos Buendía

DIRECTOR

Manuel Sánchez Ramón
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Madrid, 2016



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID



FUNDACIÓN
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
JOSÉ ORTEGA Y GASSET

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
ORTEGA Y GASSET

Programa de Doctorado
GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Título de la Tesis Doctoral

**LAS DECISIONES EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS DE LOS MODELOS
DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD DESCENTRALIZADOS:
LOS CASOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y LA REGIÓN DE
LOMBARDÍA (2000 -2014)**

Doctoranda

INMACULADA MATEOS BUENDÍA

Director de la Tesis

**DR. MANUEL SÁNCHEZ REINÓN
(UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID)**

Madrid, 2015

A María,

Virgen Madre, hija de tu hijo,
la más humilde y alta de las criaturas,
término fijo del consejo eterno.

Tú eres quien ennobleció tanto
la naturaleza humana, que su hacedor
no desdeñó hacerse su hechura.

En tu vientre prendió el Amor,
por cuyo calor, en la paz eterna,
así germinó esta flor.

Aquí eres llama meridiana de caridad
y abajo, entre los mortales,
eres fuente viva de esperanza.

mujer, eres tan grande y tanto vales
que quien desea una gracia y no recurre a ti
quiere que su deseo vuele sin alas.

Más tu benignidad no sólo socorre
a quien lo pide, sino que muchas veces,
liberalmente, a ese pedir precede.

En ti misericordia, en ti piedad,
en ti magnificencia, en ti se aúna
cuanta es bondad en la criatura.

Dante Alighieri,
Oración de San Bernardo a la Virgen
(Paraíso, canto XXXIII, versos 1-21)

Quisiera en primer lugar manifestar mi agradecimiento a mi Director, Manuel Sánchez Reinón, por su continua ayuda y apoyo incondicional, por su profesionalidad y por su respeto. Este trabajo no hubiera sido posible sin su guía en la distancia.

De igual manera y por parte de la Comunidad de Madrid, quisiera agradecer la inestimable aportación que el Sr. D. Javier Fernández-Lasquetty, ex-Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, me ha ofrecido para llevar a cabo esta investigación. Asimismo quisiera agradecer la valiosa ayuda de su colaboradora Doña Jessica Zorogastua, Jefa del Gabinete del Consejero de Sanidad y, por último, quisiera dirigir un sincero agradecimiento a D. Regino García-Badell, Jefe del Gabinete de la Presidenta de la Comunidad de Madrid, ya que sin tu apoyo hubiera sido difícil contar con tal preciosa información.

Por parte de la Región de Lombardía quisiera agradecer el tiempo dedicado tanto por el Dr. Carlo Lucchina, ex-Director General de la Consejería de Sanidad como por el Dr. Filippo Cristoferi, responsable de investigación en el área sanitaria del Instituto de Investigación de la Región de Lombardía, a responder a mis numerosas preguntas e inquietudes. Igualmente, quisiera agradecer de manera especial la disponibilidad y exquisita atención prestada ya sea por el Prof. Alberto Brugnoli, ex-Director General del Instituto de Investigación de la Región de Lombardía que por el Dr. Nicola Maria Sanese, ex-Secretario General de la Región de Lombardía. Sin vuestra ayuda personal y apoyo humano este trabajo de investigación nunca hubiera tenido lugar.

Por último, deseo expresar todo mi agradecimiento a todas aquellas personas que durante este proceso me han ayudado y apoyado, especialmente a M Paz por sus comentarios, correcciones y, sobre todo, por su apoyo y ánimos; a Carolina por sus consejos lingüísticos y a Hans por haberme ayudado a sostenerme en el difícil equilibrio de mis responsabilidades profesionales. Es necesario agradecer, pero también pedir perdón, a todos aquellos amigos y familiares que habéis requerido y demandado mi presencia y atenciones, y que debido a este afanoso compromiso académico no me ha sido posible responder en la modalidad física y temporal que todos merecéis.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.	i
ÍNDICE GENERAL.	iii
Índice de tablas.	v
Índice de cuadros.	vi
Índice de figuras.	vii
Siglas.	ix
Glosario.	xi
RESUMEN EN INGLÉS.	1
RESUMEN EN ESPAÑOL.	5
INTRODUCCIÓN.	9
I. LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS: EL MODELO 'SERVICIO NACIONAL DE SALUD' DE ITALIA Y ESPAÑA.	27
1. La salud y los sistemas sanitarios.	27
1.1. El concepto de 'salud'.	27
1.2. Los determinantes de salud.	29
1.3. Los Sistemas Sanitarios.	35
2. Sistemas Sanitarios Europeos.	51
2.1. Sistema Sanitario Inglés.	52
2.2. Sistema Sanitario Alemán.	71
2.3. Sistema Sanitario Suizo.	93
2.4. Indicadores de síntesis.	106
3. Los Sistemas Sanitarios de España e Italia. Evolución histórica y situación actual.	115
3.1. Sistema Sanitario Español.	116
3.2. Sistema Sanitario Italiano.	136
II. REFORMAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SANITARIAS EUROPEAS. DEVOLUCIÓN REGIONAL Y ORIENTACIÓN AL MERCADO EN LOS MODELOS 'SERVICIO NACIONAL DE SALUD': ITALIA Y ESPAÑA.	159
4. Sistemas sanitarios en transición y sus transformaciones.	159

4.1. Estado de Bienestar y su influencia en las transformaciones de los sistemas sanitarios.	160
4.2. Los procesos de descentralización en las políticas públicas sanitarias europeas.	169
4.3. Transformaciones en los modelos de Servicio Nacional de Salud de Italia y España. Descentralización regional y orientación al mercado en los modelos de Servicio Nacional de Salud.	176
5. Las Políticas públicas, los actores y la decisión.	185
5.1. Políticas públicas: elementos fundamentales.	186
5.2. Actores: objetivos, recursos y tipologías.	194
5.3. Las Decisiones.	206
III. LOS ACTORES DE LOS CAMBIOS EN LA POLÍTICA PÚBLICA SANITARIA DESCENTRALIZADA. LOS CASOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y LA REGIÓN DE LOMBARDÍA.	215
6. Metodología.	215
7. Evolución Demográfica y Epidemiológica.	223
7.1 Comunidad de Madrid: la sanidad en relación a la población.	224
7.2. Región de Lombardía: la sanidad en relación a la población.	233
8. Organización y Reformas de los Sistemas Sanitarios Regionales.	245
8.1. El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.	245
8.2. El Sistema Sanitario de la Región de Lombardía.	262
9. Marcos cognitivos de los nuevos actores de las políticas sanitarias regionalizadas.	281
9. 1. Los marcos cognitivos en la Comunidad de Madrid.	284
9. 2. Los marcos cognitivos en la Región de Lombardía.	291
9. 3. Consideraciones finales.	298
CONCLUSIONES.	299
BIBLIOGRAFÍA.	305
APÉNDICES	333

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparación entre Reino Unido, Alemania y Suiza.	51
Tabla 2. Esperanza de vida al nacer. Comparación entre Alemania del Este/Oeste.	77
Tabla 3. Gasto sanitario total (público y privado) como porcentaje del PIB.	107
Tabla 4. Evolución del gasto sanitario como porcentaje del PIB.	109
Tabla 5. Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total.	109
Tabla 6. Gasto sanitario total per cápita US\$PPP. (Purchasing Power Parity - Poder Paridad de Compra).	111
Tabla 7. Gasto sanitario por agente financiador. Pagos directos (out of pocket) en % sobre el gasto sanitario total.	113
Tabla 8. Gasto sanitario por agente financiador. Pagos directos (out of pocket) per cápita US\$PPP.	114
Tabla 9. Comparación entre España e Italia.	115
Tabla 10. Gasto sanitario total: público y privado en millones de euros y porcentaje de PIB. España 2008 - 2010.	135
Tabla 11. Población total en España y Población total en la Comunidad de Madrid. ..	228
Tabla 12. Población residente por género y provincia (Región de Lombardía).	236
Tabla 13. Población residente por franjas de edad. Región de Lombardía.	237
Tabla 14. Tablas comparativas de población. Región de Lombardía.	238
Tabla 15. Índice de envejecimiento e Índice de dependencia. Censos 2001 y 2011 (porcentajes).	239
Tabla 16. Estructura sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.	257
Tabla 17. Evolución de las Estructuras Sanitarias.	275

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Visión General de la Clasificación de Sistemas Sanitarios.....	45
Cuadro 2. Combinaciones de Sistemas Sanitarios.	47
Cuadro 3. Resultados de la Clasificación según Wendt.....	48
Cuadro 4. Principales Cambios Estructurales en el <i>Nathional Health Service</i>	55
Cuadro 5. Fechas y eventos significativos para el Sistema Sanitario Suizo.	99
Cuadro 6. Normas y eventos significativos para el Sistema Sanitario en España.	119
Cuadro 7. Gestión de los servicios sanitarios.....	123
Cuadro 8. Normas y eventos significativos en el Sistema Sanitario de Italia.....	140
Cuadro 9. Características multidimensionales de los modelos de Estado de Bienestar.	164
Cuadro 10. Tipología de las políticas públicas basada en la coerción según Lowi.	191
Cuadro 11. La medida de la complejidad en las redes de actores.	206
Cuadro 12. Los modelos decisionales.	211
Cuadro 13. Situaciones relevantes para diferentes estrategias de investigación.....	217
Cuadro 14. Cronología: Hechos relevantes y legislación sanitaria.	247
Cuadro 15. Modificaciones a la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.....	251
Cuadro 16. Mapa de referencia para la Atención Primaria.	258
Cuadro 17. Normativa - Ordenación Territorial Sanitaria de la C. Madrid.	258
Cuadro 18. Normativa Nacional en Materia Sanitaria.	265
Cuadro 19. Cronología. Hechos relevantes y legislación sanitaria.	265
Cuadro 20. Componentes doctrinales de la Nueva Gestión Pública.	286

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo heurístico de la transformación de sistemas sanitarios.....	16
Figura 2. Salud y Enfermedad. Aspectos subjetivos y objetivos.	28
Figura 3. Factores determinantes de la salud (Dalhgren & Whitehead).	31
Figura 4. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.....	34
Figura 5. Funciones de los Sistemas Sanitarios.	37
Figura 6. Tipos de Sistemas Sanitarios por Servicios y Financiación.	43
Figura 7. Entes responsables de los servicios sanitarios en el NHS.	61
Figura 8. Esquema del NHS inglés antes de la reforma de 2012.....	61
Figura 9. Esquema del NHS inglés después de la reforma de 2012.	62
Figura 10. Esquema simplificado de la <i>National Health Service</i>	69
Figura 11. Tasa de crecimiento medio anual del gasto sanitario per cápita, en términos reales, de 2000 a 2009 y 2009 a 2011.	70
Figura 12. Gasto sanitario como porcentaje del PIB en 2012 o último año disponible..	70
Figura 13. Relaciones organizativas de los actores clave en el Sistema Sanitario Alemán.	85
Figura 14. Tasa de crecimiento medio anual del gasto sanitario per cápita, en términos reales, de 2000 a 2009 y 2009 a 2011.	91
Figura 15. Flujos financieros en el Seguro Sanitario Estatutario (2010).	92
Figura 16. Esquema institucional del Sistema Sanitario Suizo.....	100
Figura 17. Evolución del coste sanitario en Suiza (% del PIB).	103
Figura 18. Evolución del gasto sanitario público y privado en Suiza.	104
Figura 19. Costes del Sistema Sanitario en Suiza según el agente pagador (2010).....	104
Figura 20. Costes del Sistema Sanitario según el agente financiador (2010).	105
Figura 21. Gasto sanitario como porcentaje del PIB.....	108
Figura 22. Tasa de crecimiento media anual del gasto sanitario per cápita, en términos reales, de 2000 a 2009 y de 2009 a 2011.....	110
Figura 23. Gasto sanitario per cápita US\$PPP.....	111
Figura 24. Gasto sanitario por tipo de financiación.	113
Figura 25. Cronología del proceso de transferencias sanitarias.	120
Figura 26. Estructura orgánica del Sistema Nacional de Salud.	126
Figura 27. Organización del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.....	128
Figura 28. Competencias de las Administraciones Públicas en Materia Sanitaria.	131

Figura 29. Gasto sanitario como porcentaje del PIB. Países de la OCDE (2012).	135
Figura 30. Esquema del Sistema Sanitario Italiano.	147
Figura 31. Gasto Sanitario como porcentaje del PIB (2012).	157
Figura 32. Gasto sanitario público y privado como porcentaje del PIB. Países de la OCDE (2012).	158
Figura 33. Dimensiones estructurales y de procesos en la descentralización.....	174
Figura 34. Modelo lineal del tipo de relaciones de los actores y el proceso decisorio.	203
Figura 35. Modelo triangular del tipo de relaciones de los actores y proceso decisorio.	204
Figura 36. Modelo community policy del tipo de relaciones de los actores y proceso decisorio.	205
Figura 37. Tasa de variación anual del número de defunciones (%).	224
Figura 38. Pirámide de Población de la Comunidad de Madrid (1 de Enero de 2011).	226
Figura 39. Distribución poblacional por grupos de edad y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid 2011.....	227
Figura 40. Evolución anual del número de nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1975 - 2010.....	229
Figura 41. Mortalidad por causas de morbilidad. Comunidad de Madrid 2011.	230
Figura 42. Morbilidad hospitalaria por causa y género. Comunidad de Madrid 2011.	231
Figura 43. Edad media de la población residente por región. Datos del Censo 2011...	235
Figura 44. Organigrama de la Consejería de la Comunidad de Madrid.....	253
Figura 45. Orgranigrama de la Consejería de Sanidad (<i>Assessorato alla Sanità</i>). Dirección General de Sanidad.....	270
Figura 46. Funciones, Competencias y Flujos de las ASL - Empresas Sanitarias Locales.	272
Figura 47. Mapa de distribución de las ASL en Lombardía.	276

SIGLAS

SIGLAS	SIGNIFICADO
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agencia Nacional de Servicios Regionales de Salud en Italia)
AHA	Areas Health Authorities (Áreas de Autoridades Sanitarias en Reino Unido)
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco (Agencia Italiana del Fármaco)
AO	Aziende Ospedaliere (Empresas Hospitalarias en Italia)
ASL	Aziende Sanitarie Locali (Empresas Sanitarias Locales en Italia)
CAM	Comunidad Autónoma de Madrid
CCG	Clinical Commissioning Groups en Reino Unido
CCM	Centro Nazionale di Controllo e Prevenzione delle Malattie (Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades en Italia)
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en España
CQC	Care Quality Commission (Comité de Calidad de la Atención en Reino Unido)
CSS	Consiglio Superiore di Sanità (Consejo Nacional de Salud en Italia)
DRG	Diagnosis Related Group
FPC	Family Practitioner Committees (Comités de Médicos de Familia en Reino Unido)
GP	General Practitioners (Médicos de Medicina General en Reino Unido)
HIMP	Health Improvement Programmes (Programa de Mejora de la Salud en Reino Unido)
HMO	Ufficio federale della sanità pubblica (Oficina Federal de Sanidad Pública en Suiza)
INAIL	Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (Instituto Nacional para el seguro de accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales en Italia)
INEM	Instituto Nacional de Empleo en España
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en España
INP	Instituto Nacional de Previsión en España
INSALUD	Instituto Nacional de Salud en España
INERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales en España
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social en España
IRAP	Impuesto Regional sobre las actividades Productivas
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Institutos Nacionales de Investigaciones Científicas en Italia)
IRER	Istituto Regionale di Ricerca (Instituto Regional de Investigación Italiano)
IRPF	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
ISS	Istituto Superiore di Sanità (Instituto Nacional de Salud en Italia)
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica (Instituto Nacional de Estadística Italiano en Italia)
LAMA	Ley Federal sobre el Seguro de Enfermedad y Accidentes en Suiza
LAMal	Ley Federal del Seguro de Enfermedad en Suiza
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza (Niveles Esenciales de Asistencia en Italia)
NGP	Nueva Gestión Pública
NHS	National Health Service (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido)

SIGLAS	SIGNIFICADO
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica en Reino Unido)
NPM	New Public Management (Nueva Gestión Pública en sus siglas en inglés)
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos en sus siglas en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCGs	Fundholding Primary Care Group en Reino Unido
PCTs	Primary Care Trust en Reino Unido
PFI	Private Finance Initiative
PIB	Producto Interior Bruto
PP	Partido Popular
PSN	Piano Sanitario Nazionale (Plan Sanitario Nacional en Italia)
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
RHA	Regional Health Authorities (Autoridades Regionales de Salud en Reino Unido)
SEPE	Servicio Estatal de Empleo en España
SNS	Sistema Nacional de Salud en España
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad en España
SSN	Servizio Sanitario Nazionale (Servicio Sanitario Nacional). Es el nombre que recibe el sistema sanitario italiano.
USL	Unità Sanitaria Locale (Unidad Sanitaria Local en Italia)
UFS	Ufficio Federale di Statistica (Oficina Federal de Estadística en Suiza)
UFSP	Ufficio Federale della sanità pubblica (Oficina Federal de Sanidad Pública en Suiza)
UTE	Unión Temporal de Empresas

GLOSARIO

Agenzia italiana del Farmaco (AIFA): la Agencia Italiana del Fármaco es el ente que regula todos los productos farmacéuticos en Italia. El AIFA aprueba qué productos farmacéuticos se pueden producir, utilizar y comercializar en todo el territorio italiano. A este ente también le compete la autorización en el territorio nacional de los distintos ensayos clínicos (Ferré et al 2014, p.33).

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS): la Agencia Nacional de Servicios Regionales de Salud en Italiana es el ente que actúa de enlace entre el Ministerio de Salud y las autoridades regionales, cuyo objetivo es asegurar tanto la calidad de la organización sanitaria como la eficiencia y la eficacia de las prestaciones llevadas a cabo en cada sistema sanitario regional. Desarrolla también actividades de supervisión en este ámbito y toma parte en la planificación y ejecución de las reformas organizativas.

Areas Health Authorities (AHA): (Áreas de Autoridades Sanitarias). Se instituyeron como autoridad local en Reino Unido a partir de la aplicación de *National Health Service Reorganization Act*. El territorio inglés se dividió en 90 AHA y éstas asumieron la producción de los servicios sanitarios y hospitalarios en sus territorios de referencia. (Boyle, 2011, p. 26).

Aziende Ospedaliere (AO): empresas hospitalarias, pertenecientes al Sistema Nacional de Salud italiano, que se encargan de la prestación de servicios especializados.

Aziende Sanitarie Locali (ASL): las Empresas Sanitarias Locales son un organismo del sistema sanitario italiano. Son las antiguos USL-Unidades Sanitarias Locales. Las ASL son empresas con autonomía organizativa, administrativa y financiera a las que le corresponde la organización y gestión de los servicios sanitarios en un determinado territorio.

Bundesministerium für Gesundheit: nombre que recibe el Ministerio Federal de Salud en alemania.

Bundesrat: nombre que recibe el Consejo Federal Alemán.

Bundestag: nombre que recibe la Asamblea Federal Alemana.

Care Quality Commission (CQC): organismo creado en 2009 en Inglaterra con el objetivo de promover la calidad de los servicios en el NHS (Boyle, 2011, p.22). Su responsabilidad es la de garantizar el cumplimiento y el seguimiento de las normas básicas de seguridad y calidad a través de un sistema de registro de proveedores de servicios. Además, también regula todos los servicios sanitarios y socio-sanitarios en Inglaterra provistos por los órganos del NHS, las autoridades locales, las empresas privadas y las organizaciones voluntarias (Reino Unido, Department of Health).

Centro Nazionale di Controllo e Prevenzione delle Malattie (CCM): el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades en Italia es el órgano que vincula al Ministerio de Sanidad con los gobiernos regionales en materia de vigilancia, prevención y respuestas a las emergencias sanitarias. Su papel se ha ampliado con los años a través del diseño de estrategias nacionales para la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la equidad en el acceso a la atención. Proporciona asistencia para la programación de la salud pública a los grupos de trabajo técnicos regionales.

Clinical Commissioning Groups (CCGs): son órganos independientes, dotados de estatuto propio, que bajo la supervisión del *NHS England*, de quien reciben apoyo para la realización de sus tareas y al que deben dar cuenta de sus actividades, asumen la responsabilidad de la puesta en marcha de la mayoría de los servicios sanitarios (Morse, 2013, p. 14).

Conferenza Stato-Regioni: la Conferencia Estado-Regiones es un organismo público italiano creado en 1983. Su objetivo es promover un espacio permanente de consulta y comunicación entre el Estado y las regiones en aquellos ámbitos de la política pública en el que las competencias de los diferentes niveles de gobierno se superponen (Ferré et al., 2014, p. 21).

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: organismo creado en España mediante la Ley General de Sanidad de 1986. Está constituido por el Ministerio de Sanidad, que lo preside, y por los 17 consejeros regionales competentes en materia de salud. Su función principal es la de garantizar un nivel mínimo de asistencia en todo el territorio nacional a todos los ciudadanos españoles sin distinción de CC.AA de procedencia. Las decisiones de este órgano se adoptan en consenso y se plasman en recomendaciones que afectan a las competencias de las CC.AA.

Consiglio Superiore di Sanità (CSS): el Consejo Nacional de Salud es un organismo del Sistema Nacional de Salud italiano que está compuesto por 50 miembros y un presidente y reúne a representantes de todas las agencias nacionales citadas anteriormente, así como a científicos, médicos y otros expertos reconocidos. Su naturaleza es consultiva, por tanto, su aportación al Ministerio es facultativa en materias relacionadas con la salud pública, higiene y sanidad (Ferré et al., 2014, p.21).

Contrato Programa: el "Contrato Programa" es una fórmula de gestión instituida en 1992 en España bajo influencia del "Informe Abril" y el documento británico "*Working for patients*". Dicha fórmula se basa en un acuerdo entre la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud y las Gerencias de Atención Primaria y Especializada para una mayor eficiencia en la gestión sanitaria.

Diagnosis Related Group: sistema que permite clasificar a los pacientes ingresados en un hospital en grupos homogéneos, con el objetivo de cuantificar los recursos utilizados y remunerar cada ingreso.

Family Practitioner Committees (FPC): (Comités de Médicos de Familia). Se instituyeron en Reino Unido a partir de la aplicación de *National Health Service Reorganization Act*. Eran los responsables de la contratación de servicios con diferentes profesiones sanitarias: médicos de familia, dentistas, ópticos y farmacéuticos.

Fondos de Compensación: fondos creados en España para subsanar los desequilibrios económicos interterritoriales y hacer efectivo el principio de solidaridad en materia sanitaria.

Fondo de Garantía: garantiza que la financiación asignada a cada comunidad autónoma de España no sea inferior a los recursos asignados con anterioridad.

Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales: instrumento que permite una financiación igualitaria básica para las competencias de sanidad, educación y servicios sociales esenciales integradas en el sistema en España. Este fondo define el volumen global de financiación a distribuir, las fuentes de financiación del mismo y los criterios de distribución y actualización anual de estos recursos de acuerdo con las características y necesidades de la población (Díaz de Sarralde, 2011, p. 86)

Fundaciones Públicas: las Fundaciones Públicas fueron creadas a través de la Ley 30/1994 en España como fórmula de gestión directa. Son entidades con personalidad jurídica propia, gestionadas por un consejo supervisado por las autoridades sanitarias públicas.

Gasto sanitario total: mide el consumo final de servicios y bienes sanitarios más la inversión capital en infraestructuras sanitarias. Incluye el gasto de los sectores público y privado (incluyendo los hogares) en bienes y servicios sanitarios.

Gemeinsamer Bundesausschuss: nombre que recibe la Comisión Federal Conjunta en Alemania.

General Practitioners (GP): médicos de medicina general en Reino Unido.

GP Fundholding: sistema de asociación voluntaria por parte de los médicos de familia creado en el Reino Unido en 1991. Estos médicos, además de proporcionar asistencia sanitaria a un amplio número de pacientes (alrededor de 10.000), se hacían cargo de la gestión de fondos presupuestados para su zona.

Health Maintenance Organization (HMO): organizaciones de médicos de familia, generalistas y especializados del sistema sanitario suizo. El afiliado que tiene contratado este producto, cuando necesita atención médica, tiene que dirigirse a un centro HMO para que le realicen una primera valoración y le remitan a los servicios que necesite

HealthWatch: foro creado en Reino Unido que permite contar con la opinión de los usuarios del NHS con el fin de influir en las decisiones de la política sanitaria.

Impuesto Regional sobre las actividades Productivas (IRAP): impuesto italiano regional sobre el valor añadido de las actividades de las empresas en la región y sobre los salarios pagados a los empleados por el sector público. Este impuesto es recaudado a nivel nacional y reasignado de nuevo a las regiones. La base imponible se fija en un 3,9% del valor añadido de lo producido por una empresa, pero las regiones pueden elevarlo un 0,92%, dependiendo de la industria; este hecho conduce a diferencias interregionales.

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas: impuesto personal y progresivo que se aplica a todos los trabajadores residentes en España.

Instituto Nacional de Empleo: organismo que hasta 2003 ostentaba las funciones de promoción, diseño y desarrollo de medidas y acciones para el empleo en España. Actualmente estas funciones las ha asumido el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) (España, Servicio Público de Empleo).

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: organismo estatal que gestiona las prestaciones sanitarias en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p. 6).

Instituto Nacional de la Salud: entre 1978 y 2002 se convierte en el responsable y gestor de todas las redes sanitarias públicas en España, sustituyendo al INP (Instituto Nacional de Previsión) (García Armesto et al., 2011, p. 35).

Instituto Nacional de la Seguridad Social: gestiona las prestaciones económicas contributivas del Sistema de la Seguridad Social en España.

Instituto Nacional de Servicios Sociales: entre 1978 y 1997 era el encargado de la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social en España. Sus actividades estaban dirigidas a las personas mayores, discapacitados, solicitantes de asilo y refugiados. (España, Instituto de Mayores y Servicios Sociales).

Instituto Nacional de Previsión: creado en 1908 en España fue la primera institución oficial encargada de la asistencia sanitaria en España, ya que tenía como misión la gestión de los seguros sociales. (Cabo, Muiños e Iglesias, 2010, p. 44-45).

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS): los Institutos Nacionales de Investigaciones Científicas fueron instituidos por el decreto legislativo 288/03. Se trata de entes de alto relieve nacional, cuyo control y gestión es de competencia estatal. Son hospitales de excelencia, dedicados a la investigación biomédica, focalizados en un área determinada, pero a pesar de su vocación nacional, forman parte de la organización y gestión sanitaria de la Región, apoyando la actividad sanitaria de las Empresas Hospitalarias.

Istituto Superiore di Sanità (ISS): el Instituto Nacional de Salud italiano tiene como objetivo el apoyo al Ministerio en la vigilancia y promoción de la salud pública, así como la difusión del conocimiento resultante de la investigación científica. Tiene una función

de asesoramiento al Ministerio con un significativo grado de independencia, incluidas sus propias instalaciones de investigación.

Länder: nombre que reciben los 'estados' que conforman Alemania.

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): los Niveles Esenciales de Asistencia son el conjunto de prestaciones y servicios que el Servicio Sanitario Nacional (SSN) italiano debe garantizar a todos los ciudadanos de forma gratuita o en co-participación con los propios ciudadanos (Italia, Ministero della Salute).

Managed Care: es un modelo de organización sanitaria que se basa en el esquema de contención de costes, disminuyendo la sobreutilización de los servicios de especialistas mediante la barrera de médicos generalistas en el primer nivel de atención.

Marea Blanca: nombre con el que se conoce al movimiento ciudadano surgido en España que se manifiesta contra las reformas de la sanidad pública.

Monitor: órgano que en la sanidad inglesa tiene como objetivo promover la competencia, regular los precios y garantizar la continuidad de los servicios en las *Foundation Trusts* (Reino Unido, Department of Health).

Modelo Alizira: modelo de gestión sanitaria en el que se externaliza el entero servicio público sanitario (incluyendo el servicio clínico). Esta fórmula jurídica trata de asegurar la asistencia sanitaria en un territorio o área de salud a través de la adjudicación en régimen de concesión administrativa a una empresa o unión temporal de empresas (UTE) de todo el servicio sanitario, estipulando un contrato de una cierta duración con la administración pública (Martin Martin, 2003, p. 39).

Modelo Private Finance Initiative: modelo de gestión sanitaria que se caracteriza por el contrato entre la Administración Pública y una empresa privada para la realización de una inversión que conllevará la gestión de servicios no clínicos por parte de la empresa durante un determinado periodo de tiempo; por dichos servicios reciben un canon concordado con la Administración Pública (Martin Martin, 2013, p. 17).

National Health Service (NHS): Servicio Nacional de Salud del Reino Unido.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE): proporciona al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido orientación y asesoramiento para mejorar la salud y la asistencia social (Reino Unido, National Institute for Health and Care Excellence).

NHS Trust: Organizaciones hospitalarias creadas en 1990 en Reino Unido bajo control del Estado. Se constituyeron como organizaciones *non profit* semi independientes con cierto grado de libertad para organizar los servicios sanitarios (Oliver, 2005, p. 77).

Office for National Statistic: Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos: organismo de cooperación internacional fundado en 1960 y compuesto por 34 países. El objetivo de este ente es la promoción de políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas en todo el mundo. (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos).

Out of pocket: término utilizado en sanidad para referirse todos aquellos gastos que el ciudadano paga directamente por cualquier servicio sanitario. En este término entran, por ejemplo, las medicinas no subvencionadas por el Estado o los seguros privados que los ciudadanos contratan independientemente de sistema público sanitario.

Partido Popular: partido político español de centro-derecha. Aunque fue fundado en 1989 tiene su origen en Alianza Popular (partido fundado por Manuel Fraga en 1976) (Partido Popular).

Partido Socialista Obrero Español: partido político español de centro-izquierda fundado el 2 de mayo de 1978 (Partido Socialista Obrero Español).

Población protegida equivalente: ponderación de la población protegida en cada uno de tramos de edad en proporción a su nivel relativo de gasto sanitario per cápita.

Primary Care Trust (PCT): empresas constituidas en el Reino Unido por grupos de médicos y otras profesiones sanitarias, como los enfermeros. Dichas empresas son responsables de la atención primaria y, además, ostentan la función de compra de servicios de atención especializada para una población de unos 80.000 habitantes (Fattore, 2006, p. 59).

Producto Interior Bruto (PIB): concepto macroeconómico que indica el valor (expresado en moneda) de la producción total de bienes y servicios de un país durante un determinado periodo de tiempo.

Regional Health Authorities (RHA): (Autoridades Regionales de Salud) sustituyeron a las juntas de los hospitales regionales instituidas con la *NHS Act* de 1946 en Reino Unido. El territorio inglés se dividió en 14 RHA, éstas eran las responsables de la programación de los servicios sanitarios. (Boyle, 2011, p. 26-27).

Unità Sanitaria Locale (USL): (Unidad Sanitaria Local) organismo del sistema sanitario italiano al que le correspondía la organización y gestión de los servicios sanitarios de un territorio de referencia (50.000 a 200.000 habitantes) que, a su vez, se dividía en distritos (Crivellini 2011, p.402). Las Unidades Sanitarias Locales fueron los organismos responsables de la prestación de servicios a través de sus propias instalaciones o por medio de contratos con proveedores privados (Ferré et al., 2014, p.17).

Walk-in Centres: centro de atención sanitaria en Inglaterra en los que no es necesario acudir con cita previa. Los pacientes son atendidos por personal de enfermería y, e algunos casos, por médicos. Orientan también a los pacientes del uso apropiado del servicio que realmente se necesitan. (My Health London).

RESUMEN EN INGLÉS

This research paper is centered on the decisions of the health policies of the decentralized models of the National Health Service. The study case of this paper has focussed on the cases of the Community of Madrid and the Lombardy Region. Health policy is one of the fundamental pillars of the Welfare State, as it is one of the public policies of greatest weight and importance in terms of public legitimacy. Its formulation, programming and launching depend on the political will of governments, the existence of alternatives and resources, but also on the interaction of a plurality of actors that find themselves involved in the mechanisms of decision.

Many European countries embarked on a long journey in the transformation of their own health models in the last decades of the last century, coinciding with the Welfare State crisis. In fact, from the mid-70's to the mid-90's, many European countries undertook reforms of neoliberal character in the area of health, toughening the eligibility criteria to benefit from the services, or introducing co-payments. The decisions taken in this respect have derived into multiple expressions, with regards to sanitary models, but also in different processes of reform, undertaken with a different flexibility, adapting to the specific terrain and circumstances of each country.

It's necessary to recall that the European health systems were forged in the period of maturity of the Welfare State (1960-1975¹), when it assumed the responsibility of the direct production of goods and services. But upon entering into crisis, the Welfare State had to confront its own transformation, adapting to the demands of the social and economic context, without overlooking the commitment generated at its origin with the citizens. However, that transformation today is linked to the emergence of new collective problems (Dente and Subirats, 2014, p.44). Specifically, and related to health policy, these problems stem from the increase in the costs of care, caused in turn by the innovation of new technologies, but also by population ageing. These are the main causes that defy health policies today, favouring a replacement of the current health systems and their models.

¹ Period in which the different schemes of the Welfare State were consolidated (Gallego, Comá y Subirats, 2003, pp. 47-48).

Because of the helpless reality of these new collective problems, the change of the model of health systems in Europe has reached a great relevance in the last decades. Health systems have an essential role for States, because they are a key piece in the maintenance and the improvement of the health of their population, and the launching of public policies that respond to the health needs of the citizens in an efficient way represents multiple challenges.

Nonetheless, as indicated, our work will focus on those challenges linked to the decisions, but in order to analyse the decisions of public health policies, it has been necessary to deepen numerous theoretical frameworks that would enable us to understand the context in which these decisions take place. To that end, it has been indispensable to start from the same health concept in our contemporary societies, and the elements by which it is conditioned. It has been surprising to discover that health systems as such have a minimal impact on the health of citizens if we compare the impact that have other conditioning factors, such as the quality of life at work or the social structure to which the individual belongs.

Another of the inevitable steps of this investigation was the search for a definition that would delimit the notion of health system. However, hand in hand, the investigation advanced and we verified the impossibility of finding "a definition", because health systems are unique in each case. These are submerged in a continuous process of change and evolution that depends on a multitude of variables resulting from each country's own configuration or, better said, depending on the type of Welfare State in force in each country. Thus, it has been indispensable to examine the types of Welfare State and its expressions regarding health systems. In its report published in 1987, the OECD identified three basic health models in which the European countries were found until then: Social Security, the National Health Service and the Private Insurance (p. 24).

Our investigation has focused on analysing the systems belonging to the Social Insurance System and the National Health Service because the two countries of our case study (Spain and Italy) transferred from a Social Insurance System to a National Health Service in the second half of the XX century. In the evolution of both health systems, regional health systems were built, during the last decades of the XX century, that have introduced a series of innovations, which, depending on the reforms driven by the different regional governments, are usually linked to the opening of the context in which the decisions take

place. This allows the entrance of new actors and new forms of management related, especially, to the provision of health services.

We could affirm that these are the main characteristics promoted in the health reforms undertaken in Spain and Italy:

- The decentralization of the production and provision of the health goods and services, whose management can be yielded to other levels of government, which in the case of Spain and Italy, falls on the regional governments and, therefore, we would be talking of regional devolution.
- The introduction of market logics. The reforms undertaken in both countries have propelled the creation of internal markets, favouring the externalization of certain services, such as the provision of the goods and services to the private sector through the separation of the financing and the provision.

Even though the undertaken reforms are similar, the changes experimented by the health systems are different and the results in terms of social and professional acceptance also have been. That is, our case study shows that, notwithstanding the important similarities that both regions present in relation to the transition of their health models and how each one of those countries has confronted the regional devolution, it seems to be that the actors that decide, even while belonging to the same political family (the European People's Party), make different decisions. The main question that underlies this study case is which is the model of rationality and the structure of decision making in the health systems of the Community of Madrid and the Lombardy Region?

The description and analysis of the health systems of the Community of Madrid and the Lombardy Region have permitted us to analyse our theoretical object of study and its empirical contrast, allowing us to verify that the public policy decisions in an institutional context are what explain how the changes in the health systems are modelled, and not variables like ageing or the increase of health costs. This formulation can be verified in the comparison between both regions studied, because both have to confront population ageing with epidemiological characteristics and a similar demand for health, and yet, the results are different.

Normally, the political party winning elections sustains certain preferences that are translated into choices from available options, giving way to a series of actions or public policies. These are expression of the values and of the more or less rational option of political parties, founded on a program-based orientation. The analysis of the decisions of the health policies in both regions would help to identify the variables that have truly influenced the results, in addition to providing information on what types of actors are involved, and what have been their roles in the reform process of the public health policies, from the moment it enters the agenda to the evaluation of results.

In conclusion, after extensive research, the only cause that can explain that the decisions taken in health policies of the Community of Madrid and the Lombardy Region are different is that they have been influenced by different ideas, values and cognitive frameworks. It is for this reason that our field work has been directed to some relevant actors because of their participation in the definition of policies. Their contribution has been critical in being able to observe this conclusion, which while not having all the information at hand, is presented as a tentative conclusion, therefore leaving space for other plausible answers.

RESUMEN EN ESPAÑOL

El presente trabajo de investigación se ha centrado en las decisiones de las políticas sanitarias de los modelos de *National Health Service* descentralizados, cuyo *study case* se ha focalizado en los casos de la Comunidad de Madrid y la Región de Lombardía. La política sanitaria constituye uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar, siendo una de las políticas públicas de mayor peso e importancia en términos de legitimidad política. Su formulación, programación y puesta en marcha dependen de la voluntad política de los gobiernos, de la existencia de alternativas y recursos, pero también de la interacción de una pluralidad de actores, que se encuentran implicados en los mecanismos de decisión.

Varios países europeos iniciaron un largo recorrido en la transformación de sus propios modelos sanitarios en las últimas décadas del siglo pasado, coincidiendo con la crisis del Estado de Bienestar. De hecho desde mediados de la década de los 70 a mediados de los 90, varios países europeos emprendieron reformas de signo neoliberal en campo sanitario, endureciendo los criterios de elegibilidad para poder beneficiarse de los servicios o introduciendo copagos. Las decisiones tomadas al respecto han derivado en múltiples expresiones, en cuanto a modelos sanitarios se refiere, pero también en diferentes procesos de reformas, llevadas a cabo con una flexibilidad distinta, adaptándose al terreno concreto y circunstancias de cada país.

Es necesario recordar que los sistemas sanitarios europeos se forjaron en el periodo de maduración del *Welfare State* (1960-1975²), cuando éste asumió la responsabilidad de la producción directa de bienes y servicios. Pero al entrar en crisis, el Estado del Bienestar tuvo que afrontar su propia transformación adecuándose a las exigencias del contexto económico y social, sin desatender el compromiso generado en su origen con los ciudadanos. Sin embargo, hoy día esa transformación, está ligada al surgimiento de nuevos problemas colectivos (Dente y Subirats, 2014, pag.44). Concretamente y en relación a la política sanitaria, estos problemas son derivados del aumento de los costes asistenciales, a su vez ocasionados por la innovación de las nuevas tecnologías, pero también por el envejecimiento de la población. Estas son las principales causas que

² Etapa en la que se consolidaron los diferentes esquemas del Estado del Bienestar (Gallego et al. 2003, pág.s 47-48)

desafían la política sanitaria hoy día, propiciando un replanteamiento de los actuales sistemas sanitarios y sus modelos.

Debido a la realidad imponente de estos nuevos problemas colectivos, el cambio de modelo de los sistemas sanitarios en Europa ha alcanzado una gran relevancia en las últimas décadas. Los sistemas sanitarios poseen un cometido esencial para los Estados, ya que son pieza clave para el mantenimiento y la mejora de la salud de su población, y la puesta en marcha de políticas públicas que respondan a la necesidad de salud de los ciudadanos de forma eficiente plantea numerosos retos.

No obstante, así como indicado, nuestro trabajo se focalizará en aquellos retos o desafíos ligados a las decisiones, pero para poder analizar las decisiones de las políticas públicas sanitarias ha sido necesario profundizar varios marcos teóricos que nos facilitaran entender el contexto en el que estas decisiones tienen lugar. Para ello, ha sido imprescindible partir desde el mismo concepto de salud en nuestras sociedades contemporáneas, y de aquellos elementos que la condicionan. Ha sido sorprendente descubrir que los sistemas sanitarios como tales, tienen una incidencia mínima en la salud de los ciudadanos si comparamos la incidencia que sí poseen otros condicionantes cómo pueden ser la calidad de vida en el trabajo o la estructura social a la que pertenezca el individuo.

Otro de los pasos inevitables de esta investigación fue la búsqueda de una definición que acotase la noción de sistema sanitario. Sin embargo, mano a mano la investigación avanzaba hemos verificado la imposibilidad de encontrar "una definición", puesto que los sistemas sanitarios son únicos en cada caso. Éstos están sumergidos en un proceso continuo de cambio y evolución, que depende de una multitud de variables resultantes de la propia configuración de cada país, o mejor dicho, dependiendo del tipo de Estado de Bienestar vigente en cada país. De esta manera, ha sido imprescindible profundizar los tipos de Estado de Bienestar y sus expresiones en cuanto a los sistemas sanitarios se refiere. La OECD identificó en su informe publicado en 1987, tres modelos sanitarios básicos en los que los países europeos se ubicaban hasta ese momento: el Seguro Social, el Servicio Nacional de Salud y el Seguro Privado (pág. 24).

Nuestra investigación se ha centrado en analizar los sistemas pertenecientes al Seguro Social-Social *Insurance System* y el Servicio Nacional de Salud - *National Health*

Service, ya que los dos países de nuestro caso de estudio (España e Italia) han mutado en la segunda parte del siglo XX de un sistema sanitario de Seguro Social a un sistema de Servicio Nacional de Salud. En la evolución de ambos sistemas sanitarios se constituyeron los sistemas sanitarios regionales que durante las últimas décadas del siglo XX han introducido una serie de innovaciones, que dependiendo de las reformas impulsadas por los distintos gobiernos regionales, suelen estar ligadas a la apertura del contexto donde tienen lugar las decisiones, permitiendo la entrada de nuevos actores y nuevas formas de gestión relacionadas sobre todo con la provisión de los servicios sanitarios.

Podríamos afirmar que son las principales características promovidas en las reformas sanitarias llevadas a cabo en España e Italia:

- La descentralización de la producción y la provisión de los bienes y servicios sanitarios, cuya gestión puede ser cedida a otros niveles de gobierno que en el caso de España e Italia, recae sobre los gobiernos regionales y, por tanto, estaríamos hablando de devolución regional.
- La introducción de lógicas de mercado. Las reformas llevadas a cabo en ambos países, han impulsado la creación de mercados internos, favoreciendo la externalización de ciertos servicios como pueden ser la provisión de los bienes y servicios al sector privado, mediante la separación de la financiación y la provisión.

A pesar de que las reformas realizadas son semejantes, los cambios experimentados por los sistemas sanitarios son distintos y los resultados en términos de aceptación social y profesional también lo han sido. Esto es, nuestro caso de estudio muestra que no obstante las similitudes importantes que presentan las dos regiones en relación a la transición de sus modelos sanitarios y en cómo cada uno esos países han afrontado la devolución regional, parece ser que los actores que deciden, aun perteneciendo a una misma familia política (Partido Popular Europeo), toman decisiones distintas. La pregunta central que subyace en este trabajo de investigación, ¿cuál es el modelo de racionalidad y la estructura de decisión en los sistemas sanitarios de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía?

La descripción y análisis de los sistemas sanitarios de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía, nos ha permitido analizar nuestro objeto de estudio teórico y su contraste empírico, consintiéndonos comprobar que las decisiones de la política pública en un contexto institucional son las que explican cómo se modulan los cambios en el sistema sanitario, y no variables como el envejecimiento o el incremento del coste sanitario. Este enunciado se puede verificar en la comparación entre las dos regiones estudiadas, porque ambas tienen que hacer frente al envejecimiento de la población con unas características epidemiológicas y una demanda de salud bastantes parecidas, y, sin embargo, los resultados son diferentes.

Normalmente, el partido político ganador de unas elecciones sostiene unas determinadas preferencias que se traducen en elecciones a partir de las opciones disponibles, dando lugar a una serie acciones o políticas públicas. Éstas son expresión de los valores y de las opciones más o menos racionales de los partidos políticos, en base a una orientación programática. El analizar las decisiones de las políticas sanitarias en ambas regiones ayudaría a identificar cuáles han sido las variables que de verdad han influido en los resultados, además de proporcionar información sobre qué tipos de actores están implicados y cuáles han sido sus roles en el proceso de reforma de las políticas públicas sanitarias, desde la entrada en la agenda hasta la evaluación de los resultados.

En conclusión, después de una extensa investigación, la única causa que puede explicar que las decisiones tomadas en la política sanitaria de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía sean distintas es que éstas hayan sido influenciadas por ideas, valores y marcos cognitivos distintos. Es por este motivo por el que nuestro trabajo de campo se ha dirigido a algunos actores relevantes por su participación en la definición de las políticas. Su aportación ha sido clave para poder constatar esta conclusión, que no teniendo toda información en mano, se presenta como una conclusión tentativa, dejando así espacio a otras respuestas también plausibles.

INTRODUCCIÓN

La política sanitaria constituye uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar, siendo una de las políticas públicas de mayor peso e importancia en términos de legitimidad política. Su formulación, programación y puesta en marcha dependen de la voluntad política de los gobiernos, de la existencia de alternativas y recursos, así como también de la interacción de una pluralidad de actores, que se encuentran implicados en los mecanismos de decisión.

Varios países europeos iniciaron un largo recorrido en la transformación de sus propios modelos sanitarios en las últimas décadas del siglo pasado, coincidiendo con la crisis del Estado de Bienestar. Desde mediados de la década de los 70 a mediados de los 90, algunos países europeos emprendieron reformas de signo neoliberal en el campo sanitario, endureciendo los criterios de elegibilidad para poder beneficiarse de los servicios o introduciendo copagos. Las decisiones tomadas al respecto han derivado en múltiples expresiones, en cuanto a modelos sanitarios se refiere, pero también en diferentes procesos de reformas, llevadas a cabo con una flexibilidad distinta, adaptándose al terreno concreto y circunstancias de cada país.

Es necesario recordar que los sistemas sanitarios europeos se forjaron en el periodo de maduración del *Welfare State* (1960-1975³), cuando éste asumió la responsabilidad de la producción directa de bienes y servicios. Pero al entrar en crisis, el Estado del Bienestar tuvo que afrontar su propia transformación adecuándose a las exigencias del contexto económico y social, sin desatender el compromiso generado en su origen con los ciudadanos. Sin embargo, hoy día esa transformación está ligada al surgimiento de otros problemas colectivos diferentes a los anteriormente identificados (Dente y Subirats, 2014, pag.44). Concretamente y en relación a la política sanitaria, estos problemas derivan del aumento de los costes asistenciales, a su vez ocasionados por la innovación de las nuevas tecnologías, y por el envejecimiento de la población. Estas son las principales causas que desafían la política sanitaria hoy en día, propiciando un replanteamiento de los actuales sistemas sanitarios y sus modelos.

³ Etapa en la que se consolidaron los diferentes esquemas del Estado del Bienestar (Gallego, Gomá y Subirats, 2003, pp. 47-48)

Debido a la realidad imponente de estos nuevos problemas colectivos, el cambio de modelo de los sistemas sanitarios en Europa ha alcanzado una gran relevancia en las últimas décadas. Los sistemas sanitarios poseen un cometido esencial para los Estados, ya que son una pieza clave para el mantenimiento y la mejora de la salud de su población. La puesta en marcha de políticas públicas que respondan a la necesidad de salud de los ciudadanos de forma eficiente plantea numerosos retos. No obstante, este trabajo se focalizará en aquellos retos o desafíos ligados a las decisiones que pueden favorecer o dificultar la implantación de nuevas reformas.

Para poder analizar las decisiones de las políticas públicas sanitarias será necesario profundizar en varios marcos teóricos que se expondrán más adelante. Sin embargo, como introducción al tema de investigación y para entender su justificación es necesario delimitar brevemente el contexto donde se producen las decisiones que se van a estudiar, es decir, los sistemas sanitarios. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) identificó en su informe, publicado en 1987, los tres modelos sanitarios básicos en los que, hasta ese momento, se ubicaban los países europeos: el Seguro Social, el Servicio Nacional de Salud y el Seguro Privado (p. 24). En el primer capítulo de la presente tesis se analizará con profundidad esta tipología y el intento, por parte de varios autores, de definir el concepto de sistema sanitario así como de clasificar sus modelos examinando la combinación de los elementos y las dimensiones que los conforman.

Aunque el Seguro Privado también está presente en Europa, se podría afirmar que los principales modelos que, con sus variantes, están especialmente extendidos son el "Sistema de Seguridad Social" (modelo *Bismarck*) y el "Sistema de Servicio Nacional de Salud" (modelo *Beveridge*). En este sentido, tanto España como Italia, países de este caso de estudio, han evolucionado en las últimas décadas del siglo pasado desde el modelo de Seguro Social al modelo de Servicio Nacional de Salud y, por esta razón, nos focalizaremos mayormente en las transformaciones de dichos modelos. Antes de exponer las descripciones de los sistemas sanitarios en el capítulo 2, donde además de analizar el modelo privado de Suiza, se tendrá ocasión de profundizar los sistemas de Inglaterra (modelo *Beveridge*) y Alemania (modelo *Bismarck*), cabe mencionar la introducción de una serie de innovaciones que, dependiendo de las reformas impulsadas por los distintos gobiernos, suelen estar ligadas a la apertura de la arena donde tienen lugar las decisiones,

permitiendo la entrada de nuevos actores y de nuevas formas de gestión relacionadas especialmente con la provisión de los servicios sanitarios.

Estos aspectos son también reconocibles en los países que se analizan en el capítulo 3, dedicado a España e Italia. Dos de las principales características promovidas por las reformas llevadas a cabo en ambos países son:

- La descentralización de la producción y la provisión de los bienes y servicios sanitarios, cuya gestión puede ser cedida a otros niveles de gobierno, que en el caso de España e Italia recae sobre los gobiernos regionales y, por tanto, se estaría hablando de descentralización regional. Aunque debemos precisar que esta descentralización puede también contemplar otras formas o modalidades, desplazándose hacia la privatización de ciertos servicios sanitarios o indirectamente relacionados con el mundo de la salud.
- La otra característica es la referida a la introducción de lógicas de mercado⁴. Varias de las reformas de los países que se estudian han impulsado la creación de mercados internos, favoreciendo la externalización de ciertos servicios, como pueden ser la provisión de los bienes y servicios al sector privado, mediante la separación de la financiación y la provisión. Estas iniciativas se han justificado ante la creencia de que el mercado es el instrumento que más eficientemente asigna los recursos y que crea los incentivos necesarios para la mejora de los servicios del sector público.

No obstante, como se expone a continuación en la justificación de la investigación, las reformas llevadas a cabo en las dos regiones⁵ de este caso de estudio muestran que, a pesar de ser dos regiones cuyos países presentan similitudes importantes en relación a la transición de sus modelos sanitarios y en cómo cada uno de esos países han afrontado la descentralización regional de los servicios sanitarios, parece ser aun siendo los mismos actores que deciden, las decisiones que toman son distintas.

⁴ Las lógicas de mercado, impulsadas sobre todo por gobiernos de signo liberal, son defendidas justificándose en que su transposición a los sistemas de protección social corregiría los problemas que los hacen ineficientes, combatiendo así las dificultades y la ineficacia que presentan los sistemas sanitarios del modelo de Servicio Nacional de Salud.

⁵ La Comunidad de Madrid es la región elegida para el caso español y la Región de Lombardía lo es para el caso italiano.

1. JUSTIFICACIÓN Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

En la introducción se ha afirmado que el cambio de modelo de los sistemas sanitarios europeos ha alcanzado una gran relevancia. Y, sin duda, se puede afirmar que el estudio de la evolución en los sistemas sanitarios plantea una gran cantidad y variedad de interrogantes y, cómo no, de líneas de investigación, pero esta tesis se centrará en el análisis de las decisiones en las políticas sanitarias de los modelos del Servicio Nacional de Salud de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía.

Las razones que justifican y que hacen entender el porqué de esta elección han aflorado sólo después de haber realizado un extenso trabajo de investigación de los sistemas sanitarios de Inglaterra, Alemania, Suiza, España e Italia. El análisis de los sistemas sanitarios de estos países, que serán presentados en los capítulos 2 y 3, se centra en las últimas décadas del siglo XX, coincidiendo con la crisis del Estado del Bienestar y con la consecuente puesta en marcha de las distintas reformas. El trabajo de investigación de estos sistemas ha sido esencial a la hora de elegir el caso en el que basar la hipótesis del presente trabajo, ya que la Comunidad de Madrid y la Región de Lombardía comparten varias características que hacen posible su comparación, aunque, por el contrario, han sido más sus diferencias y sus distintos resultados los que han motivado la elección.

Tanto España como Italia poseen dos sistemas sanitarios que han evolucionado de un modelo basado en el Seguro Social a un modelo basado en el Servicio Nacional de Salud. A esta característica es necesario añadir que ambos países han experimentado un proceso de descentralización de las competencias sanitarias desde el gobierno central a los gobiernos regionales. Además sendas regiones se enfrentan a demandas de salud similares, puesto que sus estructuras sociales son equiparables. Y finalmente, en el periodo elegido para la investigación, tanto el gobierno regional de la Comunidad de Madrid como el gobierno de la Región de Lombardía pertenecen a una misma familia política, el Partido Popular Europeo. Sin embargo, la introducción o apertura hacia nuevos actores en el sistema sanitario de la Región de Lombardía no ha sido tan problemática como lo ha sido y actualmente es en la Comunidad de Madrid. Es inevitable preguntarse ¿cuál es el modelo de racionalidad y la estructura de decisión en los sistemas sanitarios de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía?

Brevemente, tal y como se ha mencionado con anterioridad, el modelo sanitario español transitó de un modelo de Seguridad Social (modelo *bismarckiano*) a un modelo de Servicio Nacional de Salud (modelo *Beveridge*). Esta transición tuvo lugar años después de negociaciones con los actores públicos y sociales, culminando con la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) en 1986 con la que se fundó el Sistema Nacional de Salud (SNS), transitando de esta manera hacia el modelo *Beveridge*. Se creó así un modelo de asistencia sanitaria universal, basado en los principios de equidad y solidaridad, con un papel predominante del sector público.

Por otro lado, la transferencia de las competencias sanitarias, en el caso de la Comunidad de Madrid y según palabras de ex-Consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, fue uno de los procesos más complejos de la descentralización de un servicio público (Sopuerta, Mouriño y Leo, 2012). Con el Real Decreto 1479/2001 de 27 de diciembre se asumieron las funciones y los servicios en materia de gestión de la asistencia sanitaria que en su ámbito territorial venía realizando el Instituto Nacional de Salud. Del mismo modo, la Comunidad de Madrid formalizó la regulación general del propio sistema sanitario con la Ley 12/2001 de 21 diciembre, referida al Marco Sanitario de la Comunidad de Madrid según los principios de estructuración y de coordinación con el Sistema Sanitario creando sucesivamente una Red Sanitaria Única.

Durante el posterior decenio, la Comunidad de Madrid, bajo el gobierno de Partido Popular, comenzó a abrir el sistema sanitario a otras nuevas formas de gestión. La última iniciativa llevada a cabo en ese sentido tuvo lugar en diciembre de 2012 cuando la Asamblea de Madrid aprobó la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 2013, que permitía al Servicio Madrileño de Salud adjudicar contratos para la gestión del servicio público de asistencia sanitaria especializada en seis hospitales de Madrid: Vallecas, San Sebastián de los Reyes, Coslada, Arganda, Aranjuez y Parla (Marcos y Sevillano, 2012). Estas acciones promovidas por el gobierno regional ponen de manifiesto la intención de impulsar una reforma en la gestión y provisión de los servicios sanitarios. Sin embargo, ésta no tuvo una buena acogida por parte del resto de actores del sistema y fue llevada a los tribunales, cuya decisión de suspensión cautelar, llevó a dimitir al entonces Consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty. Desde entonces el proyecto de reforma está paralizado y parece encontrarse en un callejón sin salida, bloqueado por el rechazo de la ciudadanía y por parte de otros actores que participan directamente en el sistema, como son los profesionales sanitarios.

Por otro lado, el sistema italiano también se enmarca dentro del modelo de Servicio Nacional de Salud y, al igual que el sistema sanitario español, transitó del modelo de Seguro Social al modelo *Beveridge*, aunque el sistema sanitario italiano se configuró casi una década antes que el sistema sanitario español. El nuevo sistema se rige por los mismos principios que el español, esto es, garantiza la asistencia sanitaria universal, basándose en la equidad y solidaridad, con un papel predominante del sector público.

En Italia el proceso de descentralización comenzó en la década de los años 70 del siglo pasado, con la aparición de las Regiones. Este hecho explica que el sistema sanitario lombardo presentara una mayor fuerza hacia la regionalización del sistema más acentuada en comparación con el sistema sanitario madrileño. Basta recordar que la Comunidad de Madrid fue una de las últimas Comunidades Autónomas en recoger las transferencias de las competencias sanitarias (2002).

El sistema sanitario italiano gira en torno a la Ley 833/78 que, además de hacer evolucionar el precedente modelo de Seguro Social a un Servicio Nacional de Salud, establece a la base territorial de la organización del Servicio Sanitario Nacional (SSN), la unidad sanitaria local, que era la encargada de producir, suministrar y valorar todas la prestaciones sanitarias de prevención, tratamiento de enfermedades y rehabilitación necesarias a la población del territorio de competencia. Las reformas llevadas a cabo en 1992 y 1993 en materia sanitaria, junto a la reforma del modelo constitucional a principios del nuevo siglo, impulsaron en Italia una nueva reconfiguración organizativa-gestora de los sistemas sanitarios regionales.

En la Región de Lombardía el proceso de reforma se ha desarrollado a través de la Ley Regional 31/97 y sus sucesivas modificaciones e integraciones, finalmente se ha consolidado en el texto único de las leyes en materia de sanidad (Ley Regional 33/2009). Esta ley se anticipó a la reforma constitucional de 2001. La Región de Lombardía valiéndose de su potestad legislativa y capacidad técnico-clínica creó un modelo sanitario propio, cuya particularidad se basa en un cambio conceptual que separa físicamente los poderes y competencias entre la figura jurídica territorial, la Empresa Sanitaria Local (ASL - *Azienda Sanitaria Locale*) y la figura jurídica que provee el servicio, Empresa Hospitalaria (AO - *Azienda Ospedaliera*), reivindicando el principio de libertad de elección del ciudadano (Lucchina, 2015, Apéndice C, pp. 3-4).

El Director General⁶ del Instituto de Investigación de la Región de Lombardía afirmó en su intervención en la Conferencia sobre "*Gli Stati Generali della Salute in Italia*" ("Los estados generales de la salud en Italia"), organizada en Roma en Abril de 2014, que "decidir hoy para dentro de 20 años corresponde al político y de su elección presente depende el futuro del mantenimiento de las políticas sanitarias". La afirmación de este experto defiende y justifica el papel central del actor político que, elegido legítimamente, se erige entre los demás actores como el responsable de más peso en la elección y en la decisión de las políticas públicas.

Normalmente, el partido político ganador de unas elecciones sostiene unas determinadas preferencias que se traducen en elecciones a partir de las opciones disponibles, dando lugar a una serie acciones o políticas públicas. Éstas son expresión de los valores y de las opciones más o menos racionales de los partidos políticos, en base a una orientación programática. El analizar las decisiones de las políticas sanitarias en ambas regiones ayudará a identificar cuáles han sido las variables que de verdad han influido en los resultados, además de proporcionar información sobre qué tipos de actores están implicados y cuáles han sido sus roles en el proceso de reforma de las políticas públicas sanitarias, desde la entrada en la agenda hasta la evaluación de los resultados.

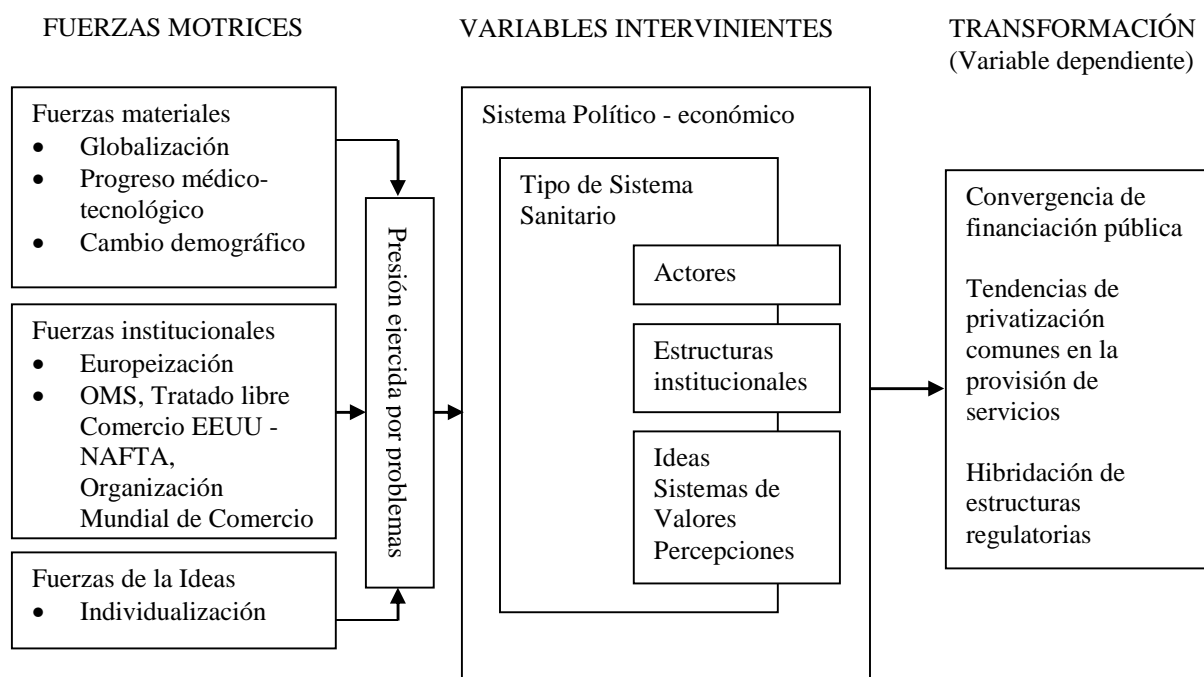
En la descripción y análisis de los diferentes sistemas sanitarios que se estudiarán en esta investigación, se observará que serían principalmente las variables demográficas las que explican el incremento del coste de la atención sanitaria y que los sistemas sanitarios responderían a esta situación modificando su organización. Sin embargo, analizando el objeto de estudio teórico y su contraste empírico parece ser que las decisiones de la política pública en un contexto institucional son las que explican cómo se modulan los cambios en el sistema sanitario y no variables como el envejecimiento o el incremento del coste sanitario. Este enunciado se puede verificar en la comparación entre las dos regiones estudiadas, dado que ambas tienen que hacer frente al envejecimiento de la población con unas características epidemiológicas y una demanda de salud bastantes parecidas, y, sin embargo, los resultados son diferentes. Por tanto, sería necesario estudiar qué ha sucedido en el proceso de toma de decisiones, qué actores han sido implicados y cuáles los recursos utilizados.

⁶ Alberto Brugnoli, Director General del Instituto de Investigación de la Región de Lombardía desde junio de 2004 hasta octubre de 2014.

En el estudio de este caso, seguramente será posible demostrar que en el proceso de decisión del caso de la Comunidad de Madrid no todos los actores fueron implicados en la misma medida como quizás sí lo fueron en la Región Lombardía, o que incluso éstos fueron menos o que ni siquiera fueron los mismos, pero esta posible constatación no resuelve el problema. De igual manera, lo más probable es que la política pública desarrollada en Lombardía no sea igual que la implementada en la Comunidad de Madrid, pero de nuevo este hecho no demostraría que las decisiones tomadas son las que verdaderamente explican y modulan el sistema sanitario.

Schmid, Cacace, Götze y Rothgang (2010, pp. 460-463) reflexionan sobre los resultados distintos que, en términos de transformación, presentan los diferentes sistemas sanitarios aún experimentando las mismas presiones. Para ello, los autores proponen un modelo heurístico que trata de explicar las transformaciones que experimentan los sistemas sanitarios ante la presión que ejercen sobre ellos determinadas fuerzas motrices.

Figura 1. Modelo heurístico de la transformación de sistemas sanitarios.



Fuente: Schmid et al. (2010, p. 461).

La presión de los problemas ejercida por las fuerzas motrices actúa directamente sobre el Estado de Bienestar, su sistema político-económico y, como consecuencia, en el sistema sanitario en la dirección específica que el problema plantea. La transformación del sistema puede estar en manos de los actores que forman parte de las estructuras

institucionales y de las percepciones, valores o ideas que estén presentes en el sistema. Pero, siguiendo esta reflexión, ¿se pueden considerar los recursos cognitivos resultantes del sistema de valores o ideas como aquellos que pueden incidir en el mecanismo de la transformación y cambio? Y si es así, ¿cómo influyen éstos en las decisiones de los diferentes actores del sistema sanitario?

Estas serían las dos preguntas secundarias que deben orientar a la pregunta principal que ya se ha anticipado previamente⁷. A partir de estas preguntas y en relación a la diferencia de resultados que presenta el caso de estudio surgen a cascada otra serie de preguntas: ¿por qué teniendo ambas regiones similares características, la decisión del gobierno madrileño es rechazada hasta el punto de que el Consejero de Sanidad se ve obligado a dimitir? ¿Acaso las decisiones tomadas por los principales actores (gobiernos regionales) han sido orientadas por valores distintos? ¿Cómo se ha tomado la decisión y qué modelo ha seguido? ¿Qué actores han tomado parte del proceso decisorio? ¿Cómo han interactuado esta pluralidad de actores en las dos regiones? ¿Cuáles son las diferencias? En definitiva, ¿qué hace que los resultados sean diferentes?

Es importante especificar, antes de finalizar este epígrafe, que otra de las razones que justifica la elección del presente caso de estudio es el periodo en el que los dos gobiernos, tanto de la Región de Lombardía como la Comunidad de Madrid, han estado en el poder. Los gobiernos tienen que ser revalidados cada ciertos años (4 en caso de España y 5 en el caso de Italia) y esta condición es propicia para este estudio, ya que el mantenimiento de los mismos gobiernos en varios ciclos políticos permite evaluar favorablemente cómo se han configurado las diferentes opciones políticas. En el caso de la Región de Lombardía se pueden contrastar los cambios con un horizonte amplio (15-20 años), mientras que en la Comunidad de Madrid el periodo es ligeramente inferior: concretamente desde finales de 2003, cuando la Presidenta Esperanza Aguirre asume la Presidencia de la Comunidad, hasta la redacción de esta investigación. Es necesario aclarar que aunque la Presidenta Aguirre presentara su dimisión en septiembre de 2012, la política sanitaria de la Comunidad de Madrid continuó las mismas directrices bajo el mandato del nuevo Presidente que la sucedió en el cargo.

⁷ ¿Cuál es el modelo de racionalidad y la estructura de la decisión en los sistemas sanitarios de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El objetivo general de esta investigación está relacionado con las decisiones que tienen lugar en la evolución de los sistemas sanitarios en Europa y que vienen marcadas por el contexto de reformas en el que se encuentra actualmente el Estado de Bienestar. Ante el problema de investigación planteado anteriormente, el objetivo general está dirigido a estimar el grado de influencia que el modelo de racionalidad y la estructura de decisión poseen en relación a los resultados en la implementación de las reformas de las políticas sanitarias.

Por tanto, el enunciado del objetivo general sería el siguiente: Determinar el vínculo entre el modelo de racionalidad y la estructura de decisión de las políticas sanitarias de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía con el resultado de la implementación de las respectivas reformas llevadas a cabo por cada uno de los gobiernos, independientemente de su éxito o fracaso.

Para poder analizar con precisión el caso concreto que ocupa esta investigación, el de las decisiones en las políticas sanitarias en la Comunidad de Madrid y en la Región de Lombardía, ha sido necesario partir de un escenario más amplio que nos permitiera contextualizar los sistemas sanitarios regionales, teniendo en cuenta de esta manera todos los factores que indiquen sobre éstos. El estudio de las decisiones conlleva también analizar quiénes son los sujetos o actores que las toman, es por este motivo que se hace necesario identificar la posición de influencia en la que éstos están situados en el proceso decisonal; pero también cómo las toman. Por esta razón, también es inevitable considerar el entorno en el que se producen las decisiones y las presiones o condicionantes que pueden explicar una decisión, que en principio puede considerarse no racional. Como consecuencia de esto último, las redes de actores también formarían parte del objeto de estudio. No sólo es suficiente identificar quienes son los actores y sobre qué conceptos y valores basan sus posiciones, qué objetivos persiguen, qué recursos utilizan, cuáles son sus lógicas de acción y cuáles son los roles que desempeñan en cada una de las fases de proceso de decisión, sino que su comportamiento y la interacción entre ellos es de valiosa importancia a la hora de interpretar sus acciones y sus decisiones. En definitiva, el análisis del conjunto de estos factores lleva a emprender el camino que permite verificar paso a paso el objetivo general.

Por tanto, entre los objetivos específicos se podrían señalar:

- Recopilar información de campo que permita fundamentar el objetivo de la investigación. Es decir, comprobar a través del estudio de documentos y del análisis de entrevistas si existen diferencias en los resultados de la implementación de las políticas sanitarias que aparentemente no encuentran explicación, pues parten de situaciones similares.
- Investigar los elementos que forman parte de los sistemas sanitarios, identificando así sus modelos. Para ello es necesario estudiar sus expresiones a través de la descripción de los sistemas sanitarios de los siguientes países: Inglaterra, Alemania, Suiza, España e Italia con el objetivo de delimitar cuáles son las características (evolución histórica y organización actual) y cómo éstas pueden incidir en el proceso de decisión.
- Analizar individualmente el caso de la Región Lombardía y el caso de la Comunidad de Madrid con el fin de identificar el cuadro epidemiológico y las necesidades de salud de ambas regiones, pero también las estructuras y las funciones de éstas, los actores, con sus recursos y sus roles, así como las relaciones existentes entre ellos y otros posibles actores en cada uno de los sistemas sanitarios regionales. Se podrá así establecer una base sólida de conocimientos que permita la comparación entre las dos regiones.
- Describir el proceso de toma de decisiones en ambos gobiernos regionales y analizar qué tipos de actores forman parte de él y cómo interactúan con los demás sujetos, para poder identificar qué tipos de resistencias o, por el contrario, facilidades han tenido lugar durante el proceso de implementación de las decisiones en sendas regiones y cómo se ha intentado reconducir el problema. Para lograr este objetivo será necesario realizar entrevistas a expertos que hayan participado en este proceso, con el fin de recabar la mayor información posible.
- Determinar la importancia que pueden tener los marcos cognitivos de los actores que deciden en la elaboración de las políticas sanitarias de cada una de las regiones y establecer si éstos tienen un vínculo con los resultados. Nuevamente para este objetivo será esencial recurrir a la realización de entrevistas personales a actores relevantes más cercanos al poder, y que además hayan desarrollado un rol significativo en la elaboración de las reformas.

3. HIPÓTESIS

En la introducción se ha afirmado que los nuevos problemas colectivos en los sistemas sanitarios se focalizan sobre todo en el incremento de los costes de la asistencia sanitaria, que son a su vez provocados por el desarrollo de las nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población. Ante esta situación, los sistemas sanitarios reaccionan modificando su organización haciendo que dimensiones del sistema como son la financiación, provisión y regulación de los servicios sanitarios intenten buscar un equilibrio.

Sin embargo, como también se ha anticipado, una vez que se analizan los diferentes sistemas sanitarios, destaca el hecho de que parece ser que las decisiones de las políticas sanitarias son las que verdaderamente explican cómo se modulan los cambios en el sistema y no las variables anteriormente mencionadas. Ya que las opciones que son adoptadas en el contexto institucional en materia normativa, de gestión y de financiación, no pueden sólo explicarse por la presión ejercida proveniente de las fuerzas motrices, sino que se fundamentan en diferentes marcos cognitivos o valores.

Por consiguiente, los valores que inspiran las decisiones de las políticas sanitarias de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía son los que explicarían que las políticas sanitarias sean distintas (independientemente de que presenten diferentes resultados, en términos de éxito o fracaso), y no variables como el incremento de los costes asistenciales derivados de la innovación tecnológica o del envejecimiento de la población.

De esta manera, la unidad de análisis se centra en el estudio de las decisiones de las políticas sanitarias impulsadas en la Comunidad de Madrid y en la Región de Lombardía a partir de los sistemas de valores, ideas y percepciones que se recogen en los marcos cognitivos, que posteriormente serán utilizados por los actores institucionales para la elaboración de sus decisiones, que serán articuladas a través de otros instrumentos (recogidos en la normativa), que permitirán llevarlas a la práctica, definiendo así la política sanitaria.

4. MARCO TEÓRICO.

Para poder realizar la presente investigación es necesario abordar varios marcos teóricos que faciliten profundizar sobre los antecedentes y los conceptos indispensables que llevan a comprender de manera satisfactoria nuestro objeto de estudio. Por eso, y en primer lugar, es inevitable profundizar en el marco teórico referido al análisis de los sistemas sanitarios, de sus modelos y sus tipologías. Es fundamental entender qué es un sistema sanitario. Clarificar la noción de Salud y Sistema Sanitario, y diferenciar conceptualmente los diferentes modelos de los sistemas sanitarios es capital para poder avanzar en el estudio.

En este sentido, se debe considerar el estudio de varios autores cuya labor académica se ha centrado en el intento de definición de los sistemas sanitarios y su clasificación en modelos. En las últimas décadas ha emergido la necesidad de elaborar una clasificación de modelos de los sistemas sanitarios, según la combinación entre los actores del sistema y las principales funciones - financiación, regulación, y provisión- que éstos asumen. En el primer capítulo se desarrollará una clasificación de los modelos sanitarios citando a aquellos autores que la literatura considera relevantes, pero se resaltará el análisis de los modelos sanitarios de Wendt y Rothgan, que ante la ausencia de una verdadera tipología intentan innovar con una clasificación basada en una formulación de tipos ideales, combinando las funciones anteriormente mencionadas y los actores que las desempeñan.

En segundo lugar, es ineludible afrontar un marco teórico aún más extenso que permita ubicar los sistemas sanitarios y sus modelos en el contexto donde han sido originados, es decir, el Estado de Bienestar. De hecho, ante el análisis descriptivo de los distintos sistemas sanitarios se evidencia que éstos se han configurado en distintas expresiones y que los elementos que los componen, los niveles de gobiernos competentes en materia y los actores que interaccionan en él poseen funciones diferentes. Por este motivo, será necesario hacer referencia a la literatura que introduce al Estado de Bienestar, sus tipologías y los diferentes procesos políticos que éstos experimentan, para poder entender cuáles son las razones históricas y políticas de tales configuraciones.

Para ello en el capítulo 4 se podrá encontrar este marco teórico específicamente desarrollado, donde será inevitable la referencia a la tipología elaborada en 1990 por Esping-Andersen sobre los diferentes modelos de bienestar que se conformaron en

Europa en la segunda mitad de siglo. Pero no sólo Esping-Andersen, sino también otros autores como Pierson analizarán los cambios del Estado de Bienestar en relación con las crisis que parecen amenazar su existencia. De hecho, este autor intenta valorar el impacto de las reformas llevadas a cabo en los diferentes países bajo una serie de dimensiones: la remercantilización, la contención de costes y la recalibración (Pierson, 2006, p. 60).

En este capítulo también se estudiarán los diferentes procesos de descentralización y con tal finalidad se repasará aquella literatura que permita centrar conceptualmente la noción de "descentralización" en relación a las transformaciones de los modelos sanitarios que ocupan la investigación, así como las reformas de las políticas públicas sanitarias. Una vez expuesta esta base conceptual será posible entender las transformaciones que los modelos de Servicio Nacional de Salud de Italia y España ha experimentado en cuanto a descentralización regional y orientación al mercado.

Siguiendo y completando el desarrollo de este marco conceptual será necesario recurrir a la literatura desarrollada en relación a las políticas públicas, al estudio de los actores que forman parte del sistema y al proceso decisorio, puesto que la transformación de los Estados de Bienestar también ha supuesto una transformación en los instrumentos de la acción política. Este marco teórico, que complementa al anteriormente expuesto, será hilvanado en el capítulo 5. La acción del Estado, para ofrecer soluciones, se justifica y adquiere forma en términos de políticas públicas. En este sentido, será básico hacer referencia a las definiciones que la literatura ha ofrecido en relación a las políticas públicas profundizando sus aspectos fundamentales para posteriormente poder analizar los actores y sus redes, de manera que se pueda afrontar, de la mejor manera posible, el estudio de las decisiones en las políticas sanitarias.

A este respecto será de obligación repasar algunas obras de autores como Mény y Thoening, Subirats o J.M. Vallés que explican e introducen el contexto de las políticas públicas. En el caso de esta investigación, será de referencia la obra publicada en 2014 por Dente y Subirats sobre las decisiones públicas, donde los autores analizan y estudian los procesos de decisión en las políticas públicas.

5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Como ha sido explicitado a lo largo de la introducción, la intención de esta investigación es realizar un estudio de casos (*case study*) que permita comparar las decisiones aplicadas en las políticas sanitarias de dos sistemas sanitarios regionales. La elección del *case study* ha sido una estrategia común a la hora de abordar investigaciones en el campo de la ciencia política, ya que contribuye de forma única al conocimiento de fenómenos individuales, organizacionales, sociales y políticos (Yin, 1994, pág. 2).

Antes de continuar, no hemos de olvidar que este método comenzó a recibir críticas por parte de la comunidad científica al considerar que no garantizaba la objetividad necesaria que todo estudio científico ha de tener, ya que el contacto directo con el objeto de estudio podría inducir a la introducción de sesgos por parte del investigador (Coller, 2005, pág. 27). Tendremos la ocasión de tratar ésta y otras objeciones en el capítulo 6 dedicado la metodología. En este apartado presentaremos una exposición general resumida de la metodología empleada en el trabajo de investigación que nos ocupa.

Como mencionábamos, el estudio de casos es considerado como una estrategia apropiada en cuanto a estudios de las ciencias políticas se refiere, y algunos autores como Dente y Subirats (2014, pág. 274) retienen que sea particularmente oportuno para el análisis de las decisiones de *policy*⁸. De hecho, Yin (1994, pág. 13) afirma que "como estrategia de investigación las características distintivas del *case study* consisten en tratar de examinar: un fenómeno contemporáneo en su contexto real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente diferenciables". Y es justamente de las relaciones entre fenómeno y entorno que surge el interés del análisis decisional (Dente & Subirats, 2014, pág. 275) ya que, como veremos en nuestra investigación, es bastante difícil entender la decisión de *policy* fuera de su propio contexto.

En relación a nuestra investigación, ésta consta de un primer análisis descriptivo, donde se incluyen un estudio de casos de carácter exploratorio. En la primera parte de la tesis se presenta una precisa descripción de los principales sistemas sanitarios europeos que representan los modelos sanitarios presentes en Europa, focalizándose especialmente en

⁸ Políticas Públicas.

el caso de España e Italia, con el fin de introducirnos mejor al caso de estudio sobre la Región Lombardía y de la Comunidad de Madrid que será analizado posteriormente.

Siguiendo la clasificación de los tipos de caso de Coller (2005, pág. 32), esta descripción presenta los sistemas sanitarios como tales (objeto) y en su proceso de cambio. Éstos son, según su alcance, de tipo genérico-ejemplar por un lado y según su naturaleza de tipo tipológicos por otro, ya que son países "ejemplo" que representan modelos específicos de los sistemas sanitarios. Según el acontecimiento se pueden clasificar como híbridos, puesto que se realizará sea una descripción histórica que una contemporánea, y finalmente según el número de casos, se puede calificar como múltiple, al tratar varios casos.

Para la descripción y el análisis de los sistemas sanitarios de Inglaterra, Alemania, Suiza, España e Italia nos hemos de apoyar en informes, fuentes indirectas y estadísticas que nos permitan reconstruir el surgimiento, evolución y estado actual de cada uno de los sistemas en su contexto singular de Estado de Bienestar. A este respecto es necesario recopilar información de documentos elaborados tanto por el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios como otros documentos oficiales generados por los Gobiernos de cada país, cuyas fuentes y estadísticas son fiables.

Para alcanzar los objetivos planteados y dar respuesta a las preguntas problema de esta investigación será necesario utilizar varias técnicas que puedan complementarse. De hecho, partiendo de un conocimiento de base de los sistemas sanitarios, es ineludible para fundamentar la hipótesis utilizar técnicas cualitativas a través de entrevistas personalizadas a asesores políticos considerados como informadores relevantes en los gobiernos de las dos regiones del caso de estudio. Después de la consideración de los resultados de estas entrevistas, se deben recolectar datos cuantitativos relativos a los sistemas sanitarios de una y otra región, y hemos proceder a su análisis para llegar a una serie de conclusiones que me permitían avanzar en la investigación. Esta segunda parte de la investigación el estudios de caso ya no es exploratorio sino analítico. Por tanto, a partir de este punto, la aproximación al objeto de estudio debe ser de carácter analítico, puesto que la hipótesis está fundamentada en las decisiones de las políticas sanitarias de los sistemas sanitarios de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía. En el capítulo 6 será complementada la metodología utilizada en el estudio de casos regionales.

6. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

A lo largo de esta introducción se ha ido enunciando el contenido de la estructura de la presente investigación. Recopilando, la primera parte recogerá en el capítulo primero una profundización del concepto de "Salud" y sus condicionantes, además de presentar los elementos esenciales de los que están compuestos los sistemas sanitarios y sus modelos. Seguido a este primer capítulo, se expondrán dos capítulos que describirán los sistemas sanitarios que representan los modelos más significativos en Europa y que han servido de inspiración a los sistemas sanitarios de España e Italia. Por tanto, en el capítulo 2 se expondrán los sistemas sanitarios de Inglaterra, Alemania y Suiza, mientras que el capítulo 3 serán expuestos los sistemas de España e Italia.

En la segunda parte de la investigación, como también se ha adelantado, tendrá lugar el desarrollo del marco teórico de la investigación, donde tanto en el capítulo 4 como en el capítulo 5, se profundizarán los conceptos necesarios que permiten comprender los sistemas sanitarios anteriormente presentados y que, de igual manera, permiten introducir satisfactoriamente el caso de estudio.

En este sentido, la tercera y última parte de nuestra investigación se focalizará en la exposición, descripción y análisis del caso de estudio. De esta manera, en el capítulo 7, se expondrá la evolución demográfica y epidemiológica de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía. A continuación, concretamente en el capítulo 8, se presentará una descripción de la organización de ambos sistemas sanitarios regionales y se analizarán las diferentes reformas sanitarias implementadas en éstos. Posteriormente, el último capítulo de nuestra investigación se centrará en el desarrollo y análisis de los marcos cognitivos utilizados por los actores gubernamentales en la elaboración de las distintas políticas sanitarias de sendas regiones.

Sólo y después de este recorrido, será posible concluir nuestro trabajo de investigación, donde el capítulo referido a los marcos cognitivos será esencial para la elaboración de las conclusiones. Es por este motivo que se hace necesario prestar atención a este último capítulo, pues se presenta como clave en la explicación del problema de investigación que se ha planteado anteriormente.

I. LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS: EL MODELO "SERVICIO NACIONAL DE SALUD" DE ITALIA Y ESPAÑA.

1. LA SALUD Y LOS SISTEMAS SANITARIOS.

Cuando se hace referencia a los sistemas sanitarios se utiliza indistintamente y, a veces, sin precisión, determinados términos para describir escenarios, contextos, estructuras, servicios, etc. Por esta razón es necesario, asumiendo la complejidad que esta tarea comporta, intentar definir y separar las nociones que conforman esta realidad, sin desatender las diferentes interpretaciones, constataciones y concepciones que cada uno de los sistemas sanitarios conlleva como proceso histórico. Para definir qué es un sistema sanitario es esencial tanto identificar cuáles son los elementos que lo conforman como distinguir los conceptos básicos.

1.1. El concepto de "salud".

El concepto de salud ha variado a lo largo del tiempo conforme al desarrollo de las civilizaciones y a la interpretación de cada momento histórico, pero se podría afirmar que su concepción se basaba en la ausencia de enfermedades, dolencias o invalidez. Un primer intento de delimitación de este concepto fue el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en el preámbulo de su Carta Constitucional (1946) lo define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia" (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006, p.1).

Aún siendo innovadora y positiva, la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud recibió críticas por parte de varios autores, ya que la subjetividad de ésta no permitía realmente cuantificar la salud, dejando atrás características importantes. Estos mismos autores intentaron definir la salud atendiendo a sus diferentes dimensiones. En 1956, René Dubos (1980, p. 351) definió la salud como "el estado físico y mental libre de molestias y dolor que permite a las personas funcionar con la mayor eficacia y durante el mayor tiempo posible en el entorno en el que por azar o elección se encuentran"⁹.

⁹ "Health is a physical and mental state fairly free of discomfort and pain, which permits the person concerned to function as effectively and as long as possible in the environment where chance or choice has placed him". Texto original que ha sido traducido por la autora.

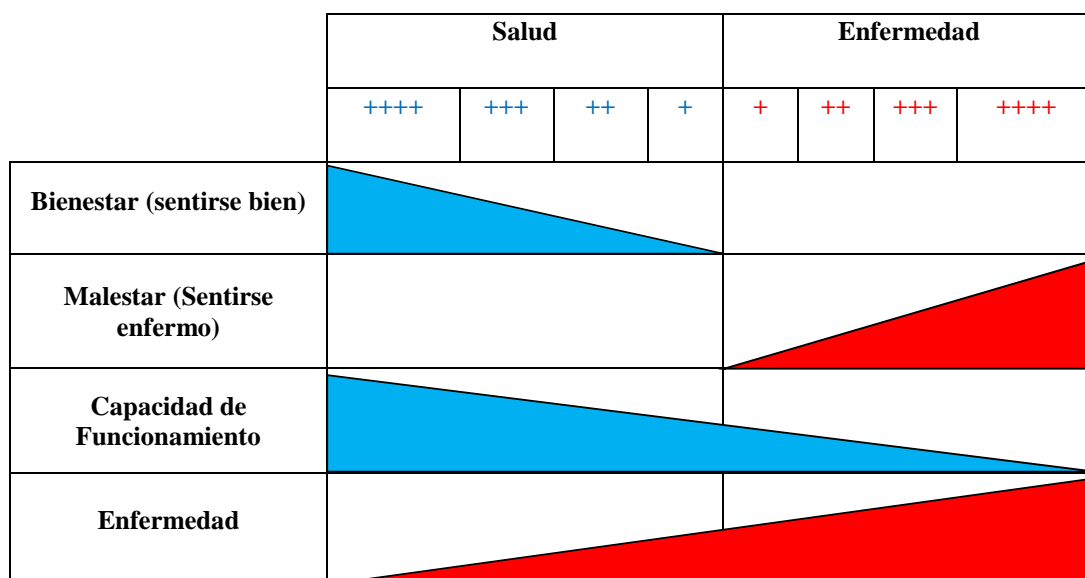
Como se observa en la cita anterior, esta definición es más dinámica e introduce dos nuevas dimensiones: la capacidad de "funcionar", es decir, la autonomía de la persona en sus acciones, y el ambiente donde el individuo vive. Estos dos factores cobrarán importancia en la definición de salud de otros autores.

Milton Terris rebatió la definición de la Organización Mundial de la Salud por mostrar una visión estática y utópica, cuestionando el sentido absoluto de "completo" bienestar hasta el punto de proponer la omisión de este término. Identificar "completo" bienestar con salud es erróneo, pues no siempre que nos sentimos bien estamos realmente sanos, sino que existe una gradualidad que va de la enfermedad a la salud.

Para sostener esta afirmación, en su artículo desarrolló la escala en la que se mueven salud y enfermedad, exponiendo la subjetividad y objetividad en cada una de ellas. Siguiendo su razonamiento, la enfermedad tendría un aspecto subjetivo, el malestar, y uno objetivo, la incapacidad de funcionar o limitación del funcionamiento en diferentes grados. Por otro lado, la salud también tendría dos aspectos, uno subjetivo, el bienestar (el sentirse bien en diferentes grados) y otro objetivo, la capacidad de funcionar (el funcionamiento en diferentes grados) (Terris, 1975, pp. 1037-1038).

De acuerdo con esta idea, Terris (1975, p. 1038) definió la salud como: “Un estado de bienestar físico, mental con capacidad de funcionamiento y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque”. Él mismo intentó representar gráficamente su concepto de salud de la siguiente manera:

Figura 2. Salud y Enfermedad. Aspectos subjetivos y objetivos.



Fuente: Terris, M. (1975, p.1039).

En la misma línea que Terris, Salleras Sanmartí trata de definir el concepto de salud de un modo aún más dinámico. Para Salleras (1991, p. 34) la salud es: "el logro de más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad". Añadiendo la importancia del contexto social y relacionando la salud con la "capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales" se reconoce que la existencia de ciertos condicionantes determinaría la salud de los ciudadanos. En realidad, antes que Salleras Sanmartí, varios autores (que se exponen a continuación) estudiaron la relación entre los factores que él indica y el estado de salud.

La Organización Mundial de la Salud no ha modificado su definición, aunque posteriormente ha emitido matizaciones intentando recuperar el dinamismo y el papel que poseen en la salud determinados factores que no fueron citados en su definición. En varias de las conferencias organizadas por la Organización Mundial de la Salud se fue rectificando el concepto de salud, pero fue en la celebrada en Canadá en 1986 donde se estableció una nueva definición recogida en la 'Carta de Ottawa': "La salud es el resultado de las condiciones de: alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad y acceso a los servicios de salud"(OMS, 1986). En esta definición se afirma la clara relación entre los factores sociales y económicos, el entorno físico y la salud; sin embargo, lo más destacable que da a entender es que sin un equilibrio entre estos factores difícilmente se puede obtener un determinado nivel de salud óptimo.

Como conclusión, se podría decir que en las redefiniciones de salud se ha puesto de manifiesto que se está tratando con un concepto dinámico, dado que la salud y la enfermedad forman un proceso continuo con zonas neutras y que ésta depende del resultado de la interacción de varios factores o variables.

1.2. Los determinantes de salud.

Antes de continuar con el análisis de los sistemas sanitarios y sus modelos es necesario analizar qué tipo de factores influyen la salud y cómo y por qué se presentan en un lugar y momento determinados. Sin el estudio y el control de éstos sería muy difícil para un país formular políticas públicas que, de forma positiva, modificarán el nivel de salud de la población.

a. Factores determinantes de la salud.

La Organización Mundial de la Salud definió en 1998 (p. 16) los determinantes de salud como:

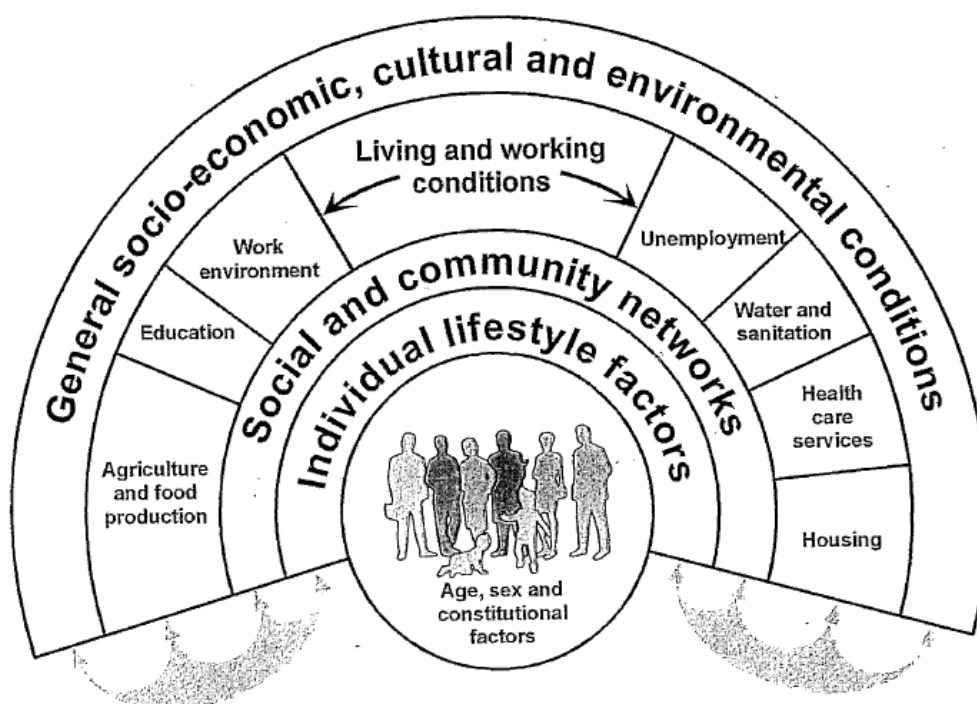
"(...) el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables no son solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos".

Con esta declaración es evidente que la mejora y el control de estos factores producirían un impacto positivo en la salud de los ciudadanos y de la población en su conjunto.

Antes de que esta definición fuera enunciada, a mediados de los años 70, el Ministro de Salud y Bienestar canadiense, Marc Lalonde, realizó un estudio de las enfermedades y sus causas en Canadá basándose en datos epidemiológicos. Como fruto de este estudio se publicó en 1974 el informe "Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses"¹⁰, donde se expuso un marco conceptual definitorio de los cuatro factores clave que determinan el estado de salud de la población canadiense: el medio ambiente (como factor condicionante), el estilo de vida (como conductas en relación a la salud), la biología humana (como patrimonio genético del individuo) y el sistema de organización y asistencia sanitaria. La conclusión de Lalonde se apoyaba en que el nivel de salud alcanzado por la población era el resultado de la interacción de estos cuatro factores (Lalonde, 1974, p. 31).

En 1991 Dalhgren y Whitehead elaboraron un modelo conceptual de los determinantes de salud que, a través de capas de influencia, muestra las interacciones entre los niveles de condiciones causales desde el individuo a la comunidad.

¹⁰ "A new perspective on the Health of Canadians".

Figura 3. Factores determinantes de la salud (Dahlgren & Whitehead).

Fuente: Dahlgren y Whitehead (1992, p.11).

Como se observa en la ilustración (Figura 3), en el centro se encuentra el individuo con los elementos que afectan directamente a su salud pero que no son modificables (edad, sexo y otros factores constitucionales). Con respecto a las cuatro capas que se configuran en torno al núcleo, las dos más cercanas (factores de vida individuales y redes sociales y comunitarias) hacen referencia a determinantes que en cierta medida pueden cambiarse, no sólo por la existencia de las condiciones en sí, si no por decisión propia del individuo. Sin embargo, las dos capas exteriores se refieren a factores más amplios y su transformación recae en mayor medida sobre el sistema político y social. En la tercera se encuentran variables como las condiciones de vida y trabajo, el desempleo, el ambiente laboral, la educación, la producción alimentaria, el acceso a bienes públicos como el agua y la salubridad pública, el acceso a la vivienda y el acceso a los servicios de atención sanitaria. En la cuarta capa se encuentran las condiciones generales socio-económicas, culturales y medio ambientales.

De esta representación gráfica es interesante señalar que los servicios sanitarios en la producción de salud poseen una importancia relativa con respecto al resto de determinantes. Es decir, la asistencia sanitaria o el sistema sanitario en comparación con la dotación

biológica del individuo, los estilos de vida y los factores de su entorno parecen tener un papel mucho más reducido. Sin embargo, como se podrá observar a continuación, estos autores no sólo reclaman la acción política en aquellos puntos que ellos mismos han identificado como los causantes de las desigualdades en salud, sino que, además, elaboran recomendaciones a los gobiernos para indicar cuáles podrían ser sus acciones.

En el año 2003 la Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud publicó una segunda edición de "Los determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes", editada por Wilkinson y Marmot y publicada anteriormente en 1998, donde se evidencia que las condiciones sociales y económicas son los factores que afectan en mayor medida a la salud de una población. Según estos autores, los principales determinantes sociales de la salud son: el estatus socio-económico, el estrés, los primeros años de vida y la educación, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones (drogas, tabaco, alcohol, etc.), los alimentos y el transporte (Wilkinson y Marmot, 2003, pp. 7-31). En cada capítulo exponen cómo cada uno de estos determinantes influye en la salud de los ciudadanos y, además, dedican un apartado donde indican cual podría ser el papel de las políticas públicas a la hora de afrontar los problemas de salud a los que se enfrenta la población. Se podría decir que tratan de alertar a los *policy makers* de los problemas reales de los que la acción política debe ocuparse sin dilación, orientándoles de alguna manera en el diseño de políticas públicas eficientes.

Además de Wilkinson y Marmot, otros autores como Diderichsen, Evans y Whitehead plantearon modelos para tratar de identificar cuáles serían los niveles de interacción para una intervención política. Estos autores se muestran de acuerdo en que la atención sanitaria no es el factor determinante con mayor peso en la producción de salud, pero subrayan su importancia en cuanto a propiciar un acceso justo por parte de todos a los servicios sanitarios. Reconocen que, aunque se hayan producido notables progresos en el campo del conocimiento médico y las nuevas tecnologías, todavía existe una importante desigualdad en el acceso. Proponen reconocer este problema e intentar modificarlo a través de nuevas políticas específicas que no vayan sólo dirigidas a la promoción de la salud, sino a ofrecer una oportunidad equitativa para todos los ciudadanos (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth, 2001, pp. 3-11). En el último capítulo de la misma publicación, "Retos en las desigualdades sanitarias: de la ética a la acción"¹¹,

¹¹ "Challenging inequities in health care: from ethics to action".

Whitehead, Dahlgren y Gilson presentan una visión orientada hacia las políticas públicas, identificando las desigualdades analizadas en cada uno de los casos expuestos en su estudio y sugiriendo a los responsables políticos cómo avanzar en la puesta en marcha de medidas (Whitehead, Dahlgren y Gilson, 2001, pp. 309-322).

La Organización Mundial de la Salud creó una comisión expresa sobre los determinantes sociales de la salud en 2005 y, después de tres años de trabajo, presentó un informe titulado "Subsanar las desigualdades en una generación. La equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud"¹². La intención de esta comisión fue la de reunir distintas evidencias científicas para promover un cambio político, con el fin de que los actores implicados llevaran a la práctica el citado cambio. Las tres recomendaciones generales que incluye el informe son:

- Mejorar las condiciones de vida diarias.
- Abordar la distribución desigual de poder, dinero y recursos.
- Evaluar y comprender los problemas para posteriormente poder valorar el impacto de la acción.

Este informe recibió muchas críticas por parte de los sectores más neoliberales y conservadores debido a ciertos enunciados como el que se expone a continuación: "la injusticia social está matando a la población a gran escala" (OMS, 2008, p.26). Aparecen en el texto numerosas referencias a la injusticia social creada, por ejemplo, por los desequilibrios económicos derivados de la globalización económica o del papel del sector privado en la sanidad y de cómo esto afecta a los factores determinantes de salud.

En cierto modo, estos autores buscan tanto el origen del problema como las respuestas en los gobiernos, principales actores en la tutela del sistema sanitario. En primer lugar, mantienen como fundamental el reconocimiento del problema; es decir, que la injusticia social conlleva a una desigualdad en el acceso a la salud. En segundo lugar, la causa principal de la ya mencionada injusticia social está en la inacción de los gobiernos. Por ello, mediante estos informes se apresuran a recomendar medidas.

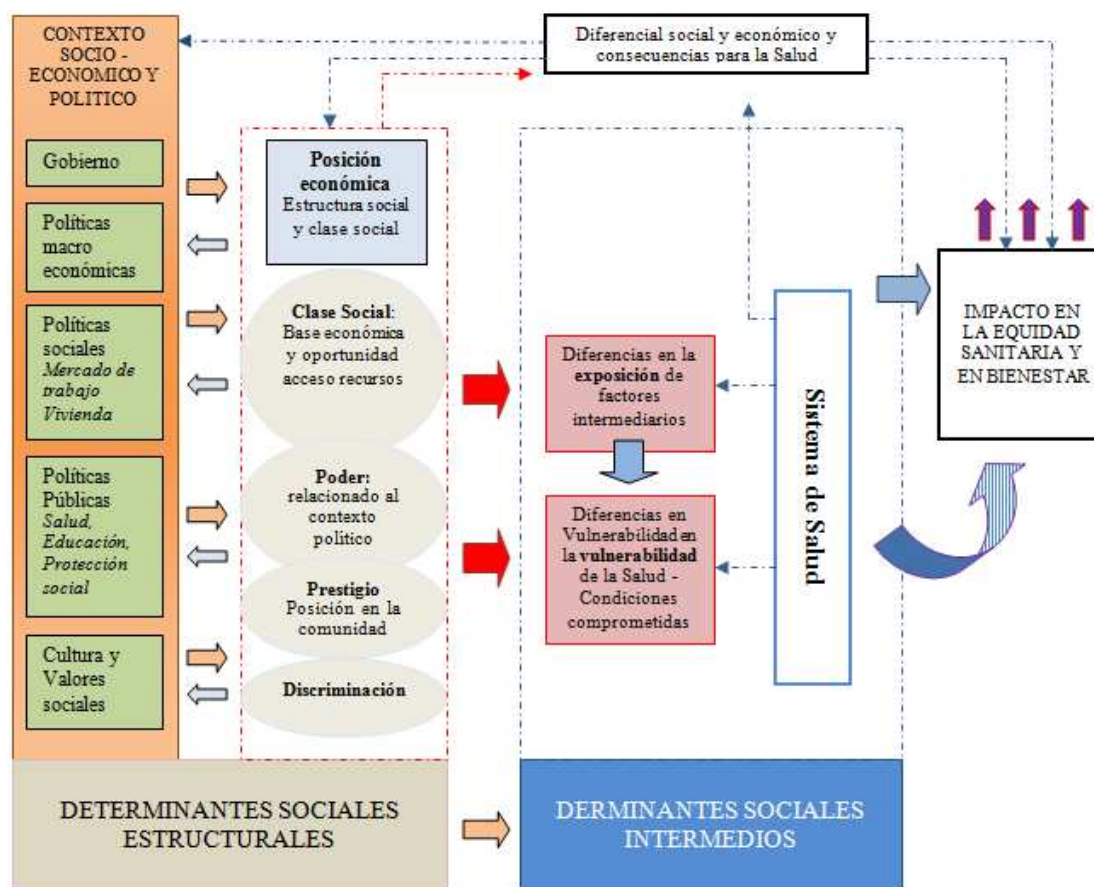
En 2007 la Comisión sobre los Determinantes de la Salud publicó un documento donde expuso un marco conceptual para la acción sobre los determinantes de la salud. De este

¹² "Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on Social Determinants of Health".

documento es importante analizar la representación gráfica de los elementos clave que conforman los determinantes de la salud. Este diagrama (Figura 4), que sirvió de referencia y fue sobre el que se basó la redacción final del informe de la Comisión, trata de resumir visualmente las principales categorías de los factores determinantes y los procesos que pueden generar desigualdades en salud.

En 2009 la Organización Mundial de la Salud organizó una conferencia para iniciar un diálogo sobre el modo en el que aplicar las recomendaciones formuladas en 2008 por la Comisión sobre Determinantes de la Salud. Como fruto de esta reunión los estados miembros respaldaron la 'Declaración de Río' (OMS, 2011) con el compromiso político de reducir las injusticias sanitarias y mejorar los determinantes sociales de la salud.

Figura 4. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud¹³.



Fuente: OMS (2007, p.46).

¹³ Reelaboración de la figura y traducción de la autora.

En este esquema (Figura 4) se refleja tanto el flujo de interacción de los diferentes actores que forman parte de un sistema como el contexto en el que los mecanismos sociales, económicos y políticos dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas, mediante las cuales las poblaciones se estratifican de acuerdo a los ingresos, la educación, el género y otros factores (determinantes sociales estructurales). Al mismo tiempo, de estas posiciones socioeconómicas se forman determinantes específicos del estado de salud, situando a las personas dentro de condiciones sociales distintas; en función de esas condiciones los individuos experimentan diferencias de exposición y de vulnerabilidad que comprometen su salud, ya que las condiciones de salud de las personas son en origen desiguales (determinantes sociales intermedios).

Se observa que el sistema sanitario está incluido como determinante intermedio. La accesibilidad al sistema de salud es la característica más relevante, dado que, asumiendo las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad de las personas, tiene que ser capaz de dar respuesta a la demanda de salud, lo que está directamente relacionado con los modelos para la organización de la oferta de servicios. Este es el punto donde el *policy maker* debe no sólo entrever los espacios que ofrece el sistema para insertar una política pública, sino también elegir el modelo en el que los servicios sanitarios serán distribuidos.

1.3. Los Sistemas Sanitarios.

Una vez reconocido el dinamismo del concepto de salud y los factores determinantes que influyen en este dinamismo es necesario identificar qué se entiende por un sistema sanitario y diferenciar cuáles son los modelos que se toman como referencia para su correcta definición. En el diagrama del Marco Conceptual de los Determinantes de Salud (Figura 4) se describe el lugar donde se ubica un sistema sanitario con respecto a los demás actores y qué relación puede tener con éstos, sin embargo su forma no sólo está determinada por las necesidades de salud y las políticas existentes, sino también por otro tipo de dimensiones que, según su combinación, dan forma a los diferentes sistemas sanitarios.

1.3.1. Sistemas Sanitarios.

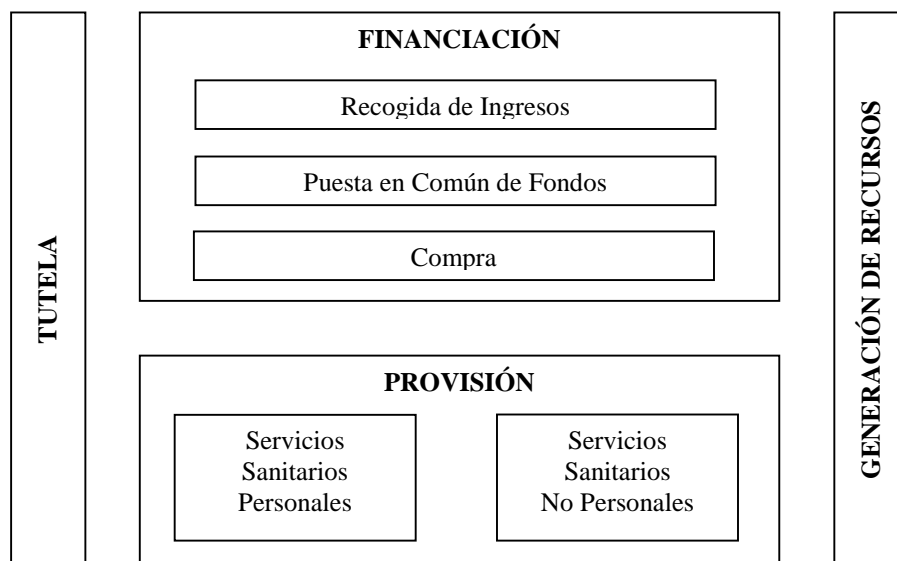
El concepto de sistema sanitario atiende a diferentes percepciones en relación a las responsabilidades institucionales, los derechos y el poder, cuyos límites cambian constantemente. Por esta razón un sistema sanitario puede ser definido de infinitas maneras; de hecho, las definiciones propuestas por los analistas y las organizaciones varían enormemente unas de otras, dado que atienden a la forma específica en que se determinan los límites de cada sistema sanitario (Figueras, Lessof, Mckee, Durán y Menabde, 2012, pp. 4-5).

La Organización Mundial de la Salud definió en "El Informe Mundial de la Salud 2000"¹⁴ el sistema sanitario como todas aquellas actividades cuyas principales prioridades fueran promover, restaurar o mantener la salud (2000d, p. 5). Según esta definición, los límites del sistema sanitario están determinados por aquellas acciones cuyo fin sea la mejora o el mantenimiento de salud; sin embargo la amplitud de la misma no permite entender la complejidad de la combinación de fines, funciones y desempeño que se deben afrontar en un sistema sanitario.

Los fines de cada sistema están determinados por los estímulos (*inputs*) de las necesidades de salud de los ciudadanos y por la capacidad de respuesta mediante la organización de las que se dotan. Para atender estas necesidades y desarrollar las actividades pertinentes, la organización del sistema se divide en varias funciones. Murray y Frenk (2000, p. 723) consideran que cada sistema sanitario tiene al menos cuatro funciones básicas: Financiación, Provisión, Generación de los recursos y Tutela (*stewardship*).

Como se observa en la figura (5) que se expone a continuación, Murray y Frenk dividen la financiación en recogida de ingresos, puesta en común de fondos y compra. A través de esta subdivisión definen la financiación del sistema sanitario como el proceso por el cual los ingresos son recaudados mediante fuentes primarias (hogares y empresas) y secundarias (gobierno y agencias donantes) y, posteriormente, acumulados en fondos, que más tarde serán asignados para la compra de las actividades del ente proveedor (servicios).

¹⁴ "The World Health Report 2000".

Figura 5. Funciones de los Sistemas Sanitarios.

Fuente: Murray y Frenk (2000, p.723).

La función de provisión se refiere a la combinación de inputs en un proceso de producción de servicios. Murray y Frenk también ponen de manifiesto, para el análisis de la provisión, la utilidad de distinguir entre servicios sanitarios personales y no personales. Los servicios sanitarios personales son aquellos consumidos directamente por el ciudadano, ya sea a modo preventivo, de diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación; en cambio, los no personales hacen referencia a acciones más generales aplicadas a colectividades, como pueden ser la educación sobre salud, la salubridad pública, etc.

Por otra parte, los sistemas sanitarios no se limitan sólo a la financiación y provisión de servicios, sino también a la generación de recursos como el capital humano (profesionales sanitarios), recursos físicos (instalaciones y equipos) y generación de conocimiento (universidades, centros de investigación, empresas farmacéuticas, etc...).

Por último, para Murray y Frenk, la tutela (*stewardship*) va más allá de la simple regulación del sistema, en ella se dan tres aspectos clave:

- El ajuste, la aplicación y la supervisión de las normas que atañen al sistema sanitario.
- Asegurar la igualdad de condiciones para todos los actores del sistema (especialmente los compradores, proveedores y pacientes).
- La definición de las orientaciones estratégicas para el sistema sanitario en su conjunto.

Para llevar a cabo estos tres aspectos, la tutela (*stewardship*) se debe subdividir en seis subfunciones: el diseño general del sistema, la evaluación del desempeño, el establecimiento de prioridades, la promoción intersectorial, la regulación y la protección del consumidor (Murray Frenk, 2000, p. 726).

La tutela ha sido tradicionalmente acometida por los gobiernos, que han sido los autorizados legítimamente por los ciudadanos para valorar las necesidades de salud y garantizar la asistencia sanitaria de éstos, diseñando y desarrollando políticas sanitarias que regulen la financiación y la provisión del sistema. Murray y Frenk destacan la importancia del buen funcionamiento y gestión de la tutela, pero sobretodo subrayan que se trata de un concepto más amplio que el de la regulación y que engloba más aspectos y subfunciones. Además de esta premisa, detectan que en la tutela aparecen cada vez más nuevos actores implicados en el proceso (financiación, provisión y generación de recursos), a los que se les debe exigir una conducta responsable. El tipo y el papel de estos actores son muy diferentes en cada uno de los sistemas sanitarios, por tanto, es muy difícil elaborar enunciados que engloben la tipología los mismos y sus funciones.

En el siguiente epígrafe, "Clasificación de los Sistemas Sanitarios", se podrá observar cómo diferentes autores intentan buscar dimensiones y funciones cuyas características permitan delimitar los sistemas sanitarios, aunque este estudio se detendrá en la clasificación de Wendt, que expone una serie "tipos ideales", desglosando los tipos de actores que interaccionan en el interior de la tutela: el Estado, los *societal based actors* y los actores privados.

En conclusión, se puede afirmar que no existe una definición "exacta" de sistema sanitario que sea aplicable a todos los sistemas sanitarios existentes, ya que éstos varían dependiendo de los valores que los inspiran, de los fines que se quieren alcanzar, de las dimensiones de las que se valen y de las funciones en las que se organizan para responder a las demandas de salud. Así lo expresan autores como Freeman y Frisina (2010, p. 2) cuando exponen que el sistema sanitario depende del conjunto de procesos sociales, económicos y políticos que se ocupan de la financiación, provisión y regulación de los servicios de salud.

1.3.2. Clasificación de los Sistemas Sanitarios.

Como ya se ha expuesto en el presente capítulo, aparte de los aquí mencionados, son numerosos los autores que han intentado esclarecer qué se entiende por sistema sanitario, analizando la combinación de elementos y dimensiones que los configuran. En el intento de conceptualización se ha evidenciado la necesidad de clasificar los sistemas sanitarios en modelos, pero antes de exponer las aportaciones de cada uno de ellos, es necesario partir previamente del esquema general donde tradicionalmente se han encuadrado los sistemas sanitarios.

Los actuales modelos sanitarios son el resultado de la organización de los servicios sanitarios que se instituyeron a lo largo del siglo XX. En determinados periodos históricos se puede comprobar cómo los sistemas sanitarios en Europa, a pesar de compartir objetivos de salud semejantes, optaron por opciones diferentes. Las principales diferencias se detectan en el tipo de instituciones que asumen el costo de la salud (el Estado, la mutuas o los seguros privados), en la forma en la que se organiza el suministro de servicios de salud y en las prioridades de cada sistema, como puede ser el acceso universal (Hassenteufel y Palier, 2007, p. 576).

En Europa se dan principalmente dos tipos de modelos: el modelo *Bismarck*, que se traduce en un Sistema de Seguro Social, y el modelo *Beveridge*, que se configura en un Sistema Nacional de Salud.

H. Sigerist (1999, pp. 484-495) en "De Bismarck a Beveridge: desarrollo y tendencias en las legislaciones de seguridad social"¹⁵, desarrolló un profundo análisis sobre los factores que impulsaron el establecimiento del primer sistema de seguridad social integral, llevado a cabo en Alemania a finales del siglo XIX. Para Sigerist el surgimiento del seguro social es el resultado de la combinación de varios procesos sociopolíticos y económicos, como son la industrialización, el desarrollo del capitalismo o la inseguridad de la nueva clase trabajadora.

El modelo Bismarck es llamado así porque fue introducido en Alemania a finales del s.XIX por el Canciller Otto von Bismarck. La primera forma de Seguro social fue instituida en 1883, con el objetivo de reducir la mortalidad y los accidentes de trabajo.

¹⁵ "From Bismarck to Beveridge: developments and trends in social security legislation".

Este "Seguro Obligatorio Contra la Enfermedad" se configuró a través de la creación de "cajas sociales", que eran financiadas en dos tercias partes por los trabajadores y en un tercio por los empresarios. En 1886 el sistema fue integrado por una Ley que instauró un seguro contra los accidentes laborales completamente de responsabilidad empresarial y, posteriormente, en 1989 por una Ley que implantó el seguro contra la invalidez y el envejecimiento (Sigerist, 1999, pp. 484-495).

El modelo *Bismarck* se financia vía cotizaciones sociales obligatorias. La contribución es mixta: costeada por los trabajadores y las empresas, que constituyen la principal fuente de financiación. Los diferentes institutos (cajas profesionales, entes públicos o entes de derecho privado) reciben las contribuciones y las utilizan para remunerar las prestaciones (ambulatorias y hospitalarias) suministradas por las estructuras sanitarias a sus asegurados. En este sistema también existe un porcentaje de cuota financiado vía impuestos generales para tratar de cubrir las primas de los seguros de aquellos sectores más desfavorecidos y sin cobertura (Parcet, 2011, p. 10).

La responsabilidad de la gestión de los fondos recae sobre las agencias sin ánimo de lucro constituidas *ad hoc*. Estas agencias negocian y contratan los servicios que se necesitan suministrar con los proveedores y productores de los citados servicios. El Estado, además de ser el garante del sistema sanitario, regula el buen funcionamiento del mismo y le corresponden otras funciones como son la participación en la provisión del servicio con estructuras propias y la regulación de los entes financiadores y proveedores del servicio. En cuanto a la cobertura asistencial de la población, normalmente el Estado se encargaba de aquellos ciudadanos desfavorecidos que no estaban inscritos al Seguro de Enfermedad, pero con las últimas reformas las cajas de enfermedad no pueden rechazar la afiliación de aquellos ciudadanos más desfavorecidos. La inscripción al Seguro de Enfermedad Público no es obligatorio para determinados niveles de renta que quedan exentos, pero en cualquier caso deben estar inscritos a un seguro, que puede ser público o privado (Hassenteufel y Palier, 2007, pp. 576-581).

Los países europeos que han adoptado este modelo son: Austria, Francia, Alemania, Luxemburgo, Bélgica, Grecia y Países Bajos.

El modelo de Sistema Nacional de Salud o modelo *Beveridge* tiene su origen en 1942 en el Reino Unido con la presentación del 'Informe Beveridge', realizado por Willian

Beveridge, quien recibió de Winston Churchill en 1939 el encargo de rediseñar por completo el sistema de *welfare state* británico. Lo más destacable de este informe fue la introducción del concepto de sanidad pública para todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad adquisitiva. Tales propuestas vieron luz en 1948 de la mano del laborista Clement Attlee, Primer Ministro desde 1945, naciendo así el *National Health Service*. A partir de ese momento, todos los contribuyentes pasaron a financiar los tratamientos médicos de todos los ciudadanos (Sigerist, 1999, p. 475).

Por tanto, es obvio afirmar que el modelo *Beveridge* se financia vía impuestos. El estado financia directamente las estructuras y asigna a éstas todos los recursos necesarios para que puedan suministrar los servicios. En cuanto a la asignación y gestión de los recursos, los servicios se gestionan y se proveen desde entes públicos y las estructuras sanitarias, que son de propiedad estatal, operan sobre la base del presupuesto que les ha sido concedido. En este modelo hay una mayor presencia del Estado, cuyo papel es más dilatado. Además de controlar el conjunto del sistema a través del Parlamento, es el responsable de la regulación y provisión de los servicios y tiene la potestad de establecer contratos con operadores privados para el suministro de servicios sanitarios. El acceso es universal para todos los ciudadanos independientemente del nivel de renta. En general, los sistemas nacionales de salud garantizan un alto grado de igualdad de acceso a la atención y niveles de gasto relativamente bajos, pero presentan problemas en cuanto a la calidad y celeridad de la prestación (Hassenteufel y Palier, 2007, pp. 576-581).

Los países europeos que han adoptado este modelo son:

- Tras la II Guerra mundial: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia y Reino Unido.
- En la década de los ochenta: Portugal, España e Italia.

a. Clasificaciones de modelos de sistemas sanitarios.

Una de las reflexiones en la que coinciden varios autores es la de plantear el análisis de los sistemas sanitarios desde una clasificación en modelos, a partir de las funciones y los actores existentes, especialmente si se maneja un enfoque comparativo, ya que permite capturar el contexto institucional y contribuye a explicar las políticas de salud en los diferentes países.

La primera clasificación comparativa de los sistemas sanitarios fue desarrollada por el sociólogo Odin Anderson, que en su artículo "La atención médica: los aspectos sociales y organizativos. El sistema de salud en Estados Unidos y otros países"¹⁶ ofreció una tipología descriptiva de las diferentes modalidades de la financiación y la prestación de la asistencia sanitaria. En su artículo afirmaba que los sistemas sanitarios se pueden clasificar según varios criterios que intentan aportar alguna indicación a las políticas públicas (Anderson, 1963, p. 841; Freeman y Frisina, 2010, p. 4). Según Anderson, los sistemas sanitarios se pueden clasificar de acuerdo al origen de los fondos (públicos o privados), por la cartera de servicios cubierta y, entre otras dimensiones, por la implicación del Estado en cada una de las funciones.

M. G. Field en su artículo "El concepto del sistema de salud a nivel macro-social"¹⁷ señala varios elementos a tener en cuenta en la definición de un sistema sanitario: las principales modalidades que utiliza en la producción de los servicios; los componentes internos del sistema (médicos, educación, investigación, etc...); los límites y problemas funcionales de éste; los soportes estructurales que requiere la sociedad (legitimidad- mandato, conocimientos y tecnología, recursos económicos). La reflexión y combinación de estos elementos dio lugar a una definición formal: "El sistema sanitario es el mecanismo social que transforma recursos generalizados en productos especializados en forma de servicios sanitarios" (Field, 1973, p. 772).

Para Field la clasificación de los sistemas sanitarios gira en torno a dos dimensiones: la propiedad y la autonomía de los médicos. De la combinación de éstas surgen cuatro tipos diferentes de sistemas (Wendt, Frisina y Rothgang, 2009, p. 74):

- El Sistema de Salud Pluralista: con un alto grado de prestación de servicios de salud privados y una gran autonomía para la profesión médica.
- El Sistema de Seguro de Salud: con un alto porcentaje de financiación por el tercer pagador y una fuerte autonomía de los médicos.

¹⁶ "Medical care: its social and organizational aspects. Health services systems in the United States and other countries".

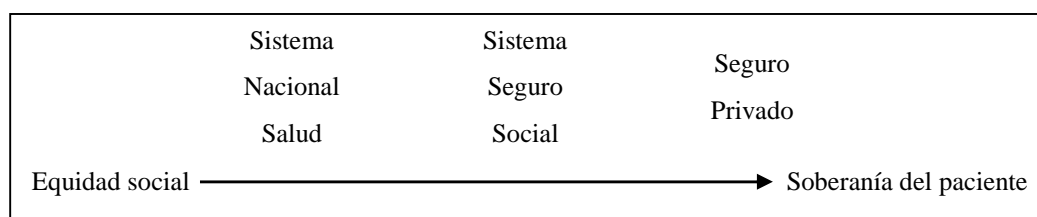
¹⁷ "The concept of the health system at macrosocial level".

- El Sistema de Servicios de Salud: donde la mayoría de las instalaciones son de propiedad del Estado en combinación con un alto grado de autonomía profesional.
- El Sistema de Salud Socializado: donde todas las instalaciones son propiedad del Estado y están contraladas por éste.

Milton Terris (1978, pp. 1125-1127) en su artículo "Los tres sistemas mundiales de atención médica: tendencias y perspectivas"¹⁸ reconoció la existencia de tres sistemas básicos de atención sanitaria: la asistencia pública, el seguro de salud y el sistema nacional de salud. Para Milton estos tres sistemas de organización estaban asociados y se correspondían a los tres sistemas económicos básicos del mundo: pre-capitalista, capitalista y socialista; aunque advierte de la diversidad entre los diferentes países y de la coexistencia de más de un sistema en un país determinado. El objetivo de su estudio no fue el de estudiar de forma analítica cada sistema, sino más bien investigar las tendencias existentes y las transiciones de un sistema a otro hasta esa fecha. En su análisis certificó el carácter flexible de los sistemas y su continua transición.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) realizó en 1987 un estudio en el que clasificó el sistema sanitario sobre la base de una dicotomía entre la soberanía del paciente y la equidad social, introduciendo en este rango tres modelos básicos de sistemas sanitarios: el Sistema Nacional de Salud, el Sistema de Seguro Social y el Seguro Privado (Bureau y Blank, 2006, p. 65).

Figura 6. Tipos de Sistemas Sanitarios por Servicios y Financiación.



Fuente: Bureau y Blank (2006, p.65).

Al mismo tiempo que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Frenk y Donabedian trataron de desarrollar algunos elementos básicos para exponer una teoría de la intervención del Estado en la atención sanitaria basándose en dos dimensiones: la forma de control estatal sobre la producción de los servicios médicos y

¹⁸ "The three world systems of medical care: trends and prospects".

las bases para la libre elección de los mismos por parte de la población. La primera dimensión indica la relación del Estado con los proveedores de la salud y la segunda la relación del Estado con los potenciales beneficiarios. De ello surge una tipología que desagrega y clasifica las distintas modalidades de intervención estatal que pueden coexistir en un país (Wendt et al., 2009, p. 74).

En 1992 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos analizó los cambios producidos en algunos países europeos que habían realizado reformas en el campo sanitario. Se observó entonces una similitud en las metas y objetivos de la política sanitaria en dimensiones como la cobertura, la equidad en el acceso, la libertad de elección de los ciudadanos y la autonomía de proveedores; aunque todo ello con diferentes formas de organización. Incluso se evidenció la convergencia al modelo de "contrato público" de organización de la atención sanitaria y la prestación (Freeman y Frisina, 2010, p. 5).

En 1999 Moran elaboró otra clasificación que revisaba la tipología de los sistemas de salud existentes hasta el momento, en ella observa que la política de salud es algo más que la atención sanitaria y que los sistemas sanitarios modernos son algo más que el suministro de un servicio. Esta afirmación pone de manifiesto que el enfoque de la salud se centra en la organización de la tutela o gobernanza de la atención sanitaria (Bureau y Blank, 2006, p. 66). Su concepto de "*health care state*" se basa en tres ámbitos de gobernanza: consumo, provisión y producción. Partiendo de estas variables, enuncia cuatro tipos de "*health care state*": modelo de control estatal/dominio arraigado, modelo de estado proveedor, estado corporativista y modelo de control estatal/dominio inseguro¹⁹. Según Wendt, la clasificación desarrollada por Moran, aunque requiere alguna precisión, es la más completa de la tipologías hasta entonces descritas, ya que ofrece un nivel de abstracción que permiten reflejar los casos reales de los servicios sanitarios en los diferentes sistemas sanitarios (Wendt et al., 2009, p. 75).

En 2009 Wendt, Frisina y Rothgang desarrollaron una clasificación de 27 posibles sistemas sanitarios, calificados como "tipos ideales", con el objetivo de establecer un marco conceptual para el análisis de éstos. En su artículo definen tres dimensiones básicas

¹⁹ Wendt et al., 2009. Traducción de la autora. Texto original: *Based on these criteria, Moran constructs four families of healthcare systems: the entrenched command and control state, the supply state, the corporatist state and the insecure command and control state.*

del sistema de salud: la regulación, la financiación y la provisión de servicios. Por otra parte, también identifican tres tipos de actores (el Estado, los actores sociales y el mercado) que combinándose dan lugar a 27 tipos de sistemas sanitarios. Esta clasificación, según Freeman y Frisina, permite medir la variación de la participación del Estado en la asistencia sanitaria, además de poseer una funcionalidad descriptiva más diversa, haciendo posible medir y evaluar el cambio en los sistemas sanitarios con mayor precisión respecto a otros enfoques.

Freeman y Frisina (2010) en su artículo "Los sistemas de salud y los problemas de clasificación"²⁰ mencionan la necesidad de una clasificación en el ámbito de los sistemas sanitarios para la política sanitaria comparada. Para ello elaboran una historia breve de aquellos autores que han intentado definir los sistemas sanitarios mediante una clasificación. Además de los ya expuestos, hacen referencia a otros como Immergut, Tuohy, Giamo y Manow. Éstos, a través de sus estudios comparativos, consolidan un patrón en la clasificación de los sistemas sanitarios: Servicio Nacional de Salud, Seguro Social y Seguro Privado. Freeman y Frisina definen en su artículo el sistema sanitario como:

"El sistema de atención a la salud es un conjunto de procesos sociales, económicos y políticos que se ocupan de la financiación, provisión y regulación de los servicios de salud, es decir, ese conjunto de cosas que categorizamos como constitutivas de 'el sistema sanitario' en lugar de, por ejemplo, el sistema de transporte o el sistema político". (p. 2)

Cuadro 1. Visión General de la Clasificación de Sistemas Sanitarios.

Estudio	Dimensión / Criterios	Tipo de Sistema Sanitario	Ejemplo
Anderson	Modalidades de financiación y prestación	Una variedad de tipos incluyendo una serie de "tipos polares"	Gran Bretaña, Suecia
Field (1973)	Propiedad Autonomía de los Médicos	Sistema Pluralista de Salud Sistema de Seguros de Salud Sistema de Servicio de Salud Sistema de Salud Socializado	EE.UU, Francia, Japón y Gran Bretaña

²⁰ "Health care systems and the problems of classification".

Estudio	Dimensión / Criterios	Tipo de Sistema Sanitario	Ejemplo
Terris (1978)	Unidad Organizativa principal Naturaleza del sistema económico: pre-capitalista, capitalista, o socialista	Asistencia Pública Seguro de Salud Servicio Nacional de Salud	Asia, África, Latinoamérica, Europa Oeste, Norte América, Australia, Nueva Zelanda, Japón, Israel, Europa del Este, partes de Asia y Cuba
Frenk y Donabedian (1987)	Control del Estado sobre la producción de la atención médica	10 tipos de sistemas de salud que cubren, por ejemplo, el Servicio Nacional de Salud en los países socialistas, el seguro nacional de salud en Alemania o de Medicaid en EE.UU.	
OCDE (1987)	Cobertura Financiación Propiedad	Modelo de Servicio Nacional de Salud Modelo de Seguro Social Modelo de Seguro Privado	Países de la OCDE
OCDE (1992)	Financiación Provisión	Tipos mixtos incluidos los sistemas de Servicio Nacional de Salud, Seguro Social y Seguro Privado	Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, Holanda, España y Gran Bretaña
Moran (1999)	Papel en el sistema estatal mundial Unidad organizativa principal Consumo Provisión Producción	Dominio arraigado y control estatal Estado provisor Estado corporativista Domino inseguro y control estatal	Gran Bretaña, Alemania y EE.UU
Blank y Bureau (2004)	Implicación del estado en la Financiación y Provisión	Modelo de Servicio Nacional de Salud Modelo de Seguro Social Modelo de Seguro Privado	
Wendt et al.	Modos de financiación Provisión del servicio Regulación	Servicio Nacional de Salud Seguro Social Seguro Privado	Unión Europea

Fuente: Elaboración propia a partir de Freeman & Frisina (2010) y Wendt et al. (2009).

b. Análisis según los modelos Wendt & Rothgang.

La clasificación de Wendt y Rothgang se apoya en la ausencia de una verdadera tipología de sistemas sanitarios que pueda servir para una clasificación. Los autores intentan hacer

frente a esa deficiencia mediante el establecimiento de un modelo conceptual que diferencie los distintos tipos ideales. Con esta clasificación lo que se pretende es dar un primer paso en el desarrollo de un enfoque que permita distinguir los tipos de sistemas sanitarios basándose en una formulación de tipos ideales.

Los autores identifican la financiación, la provisión y la regulación de los servicios sanitarios como las tres grandes dimensiones que están siempre presentes en un sistema sanitario. Su objetivo es el de contribuir al debate sobre las políticas sanitarias comparadas mediante la observación y el estudio de la combinación de estas dimensiones junto con otras variables, que resultarían ser los actores del sistema: el Estado, actores sociales y el privado (mercado), dando lugar a las 27 posibles combinaciones.

Cuadro 2. Combinaciones de Sistemas Sanitarios.

Nº	Tipo de Sistema Sanitario	Regulación	Financiación	Provisión
1	Tipo Ideal: Sistema Sanitario Estatal	Estado	Estado	Estado
2	Tipo mixto basado Estado	Estado	Estado	Societal
3	Tipo mixto basado Estado	Estado	Estado	Privado
4	Tipo mixto basado Estado	Estado	Societal	Estado
5	Tipo mixto basado Estado	Estado	Privado	Estado
6	Tipo mixto basado Estado	Estado	Estado	Estado
7	Tipo mixto basado Estado	Privado	Estado	Estado
8	Tipo mixto basado societal	Estado	Societal	Societal
9	Tipo mixto basado societal	Societal	Estado	Societal
10	Tipo mixto basado societal	Societal	Societal	State
11	Tipo Ideal: Sistema Sanitario Societal	Societal	Societal	Societal
12	Tipo mixto basado societal	Societal	Societal	Privado
13	Tipo mixto basado societal	Societal	Privado	Societal
14	Tipo mixto basado societal	Privado	Societal	Societal
15	Tipo mixto basado privado	Estado	Privado	Privado
16	Tipo mixto basado privado	Privado	Estado	Privado
17	Tipo mixto basado privado	Privado	Privado	Estado
18	Tipo mixto basado privado	Societal	Privado	Privado
19	Tipo mixto basado privado	Privado	Societal	Privado
20	Tipo mixto basado privado	Privado	Privado	Societal
21	Tipo Ideal: Sistema Sanitario Privado	Privado	Privado	Privado
22	Tipo mixto puro	Estado	Privado	Societal
23	Tipo mixto puro	Estado	Societal	Privado
24	Tipo mixto puro	Privado	Estado	Societal
25	Tipo mixto puro	Privado	Societal	Estado
26	Tipo mixto puro	Societal	Estado	Privado
27	Tipo mixto puro	Societal	Privado	Estado

Fuente: Wendt et al. (2009, p. 41).

La financiación, la provisión y la regulación de la asistencia sanitaria se convierten para Wendt en dimensiones clave a través de las cuáles los diferentes grupos de actores presentan numerosas funciones y niveles de responsabilidad. Además, señala cómo en la realidad de los sistemas sanitarios coexisten elementos estatales, sociales (actores sociales) y privados. De los 27 tipos, surgidos de la combinación de estas dimensiones y actores, se obtiene como resultado una clasificación de tipo ideal si todas las dimensiones están dominadas por el mismo actor, ya sea el Estado, los actores sociales o el privado (mercado).

Junto a cada categoría de tipo ideal surgen seis combinaciones de tipos mixtos. Dos de las dimensiones se mantienen, mientras varía la tercera. De esta forma, las últimas seis combinaciones se refieren al "tipo mixto puro", donde cada dimensión está tutelada por un actor diferente. La conclusión de este análisis es la existencia de una relación jerárquica entre las dimensiones del sistema sanitario: regulación-financiación-provisión (en este orden). La dimensión superior, que sería la regulación, restringe la naturaleza de las dimensiones subordinadas. Esta jerarquía limita el número de tipos de sistemas sanitarios que teóricamente serían plausibles.

Si aplicáramos esta tipología a los países que se van a tratar en este estudio, la clasificación sería la siguiente.

Cuadro 3. Resultados de la Clasificación según Wendt.

		Reino Unido	Alemania	Suiza	España	Italia
REGULACIÓN	REGULACIÓN	Estado	Societal	Societal	Estado	Estado
	Sistema de Financiación	Estado	Societal/ Privado	Societal	Estado	Estado
	Acceso de los proveedores	Estado	Societal/Privado	Privado/Estado	Estado	Estado
	Remuneración proveedores	Estado	Societal/Estado/ Privado	Societal	Estado	Estado
	Acceso pacientes a proveedores	Estado/Privado	Societal/Privado	Privado	Estado/ Privado	Estado/Privado
	Definición del paquete de beneficios	Estado	Societal/Estado/ Privado	Estado	Estado	Estado
FINANCIACIÓN		Estado	Societal	Societal	Estado	Estado
PROVISIÓN		Estado	Societal/Privado	Privado	Estado	Privado

Fuente: Reelaboración a partir de Böhm, Schid, Götza, Landwehr y Rothgang (2012, pp. 44-64).

La mayoría de los sistemas de salud se pueden ubicar dentro de los tipos mixtos, puesto que de alguna manera existe una influencia simultánea de, al menos, dos actores, ya sea el Estado, los actores sociales o el privado (mercado). Por tanto, es necesario identificar las agrupaciones para enmarcar los tipos de sistemas sanitarios en función de la combinación dentro de la clasificación de Wendt:

- Alemania y Suiza: nº 12. *Societal-based mixed-type* (societal - societal - privado).
- Italia: nº 3: *State-based mixed type* (estado, estado, privado).
- Reino Unido y España: se acercan a un tipo ideal donde el Estado es el actor que domina en las tres dimensiones. Sin embargo, dentro de la provisión hay una introducción del ámbito privado en relación a los proveedores de servicios. Es por esta razón que se podrían situar en el número 3 junto a Italia, *State-based mixed-type* (Estado, Estado, Privado), aunque al menos en el caso español se trata de un modelo que todavía se encuentra en transición para identificarlo con esta tipología.

En conclusión, la clasificación de Wendt aporta un elemento central para esta investigación, ya que ésta parte del rol ejecutado por parte de los tres actores centrales involucrados en un sistema sanitario (Estado, sociedad y mercado) en el desempeño de las tres funciones esenciales para el funcionamiento de cualquier sistema sanitario (regulación, financiación y provisión). El estudio y profundización de las combinaciones entre de las diferentes dimensiones y las variables de actores permite determinar las distintas transformaciones en un sistema sanitario estimuladas por las diferentes reformas que un Gobierno pueda llevar a cabo, a lo largo de un periodo determinado.

El objetivo del presente capítulo ha consentido contextualizar y aclarar los conceptos básicos y realidades que gravitan en torno a los sistemas sanitarios. Era tarea necesaria dotarse de aquellos elementos clave que permitirán entender con más profundidad los sistemas sanitarios que serán estudiados en los siguientes capítulos. De hecho, en relación a lo anteriormente expuesto, será posible comprobar (en la evolución histórica de cada uno de ellos) cómo el rol de los actores (con respecto a las dimensiones) se va modificando en base a las decisiones de la política sanitaria.

2. SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS.

Tras profundizar la literaruta hasta ahora disponible sobre los intentos de clasificación de los modelos de los sistemas sanitarios, es necesario analizar aquellos sistemas que en el marco de esta investigación puedan ser relevantes. Aunque el caso de estudio se enmarca en los sistemas sanitarios de España e Italia, para poder entender bien su evolución y transformación se hace inevitable revisar aquellos sistemas cuyos modelos han sido un referente en la toma de decisiones, reformas y cambios de los sistemas que ocupan la presente investigación.

En este apartado, se tendrá ocasión de examinar los sistemas sanitarios de Reino Unido, Alemania y Suiza que se identifican con los principales modelos: el modelo *Bismarck*, el Modelo *Beveridge* y el modelo liberal. Tanto el sistema sanitario español como el italiano, como tendremos oportunidad de contrastar en el capítulo número tres, han evolucionado de un modelo de Seguro Social a un modelo de Sistema Nacional de Salud, y se dirigen hacia un modelo más liberal, permitiendo la presencia de actores privados en la dimensión de la provisión de los servicios. Es esta la razón principal por la que es útil conocer cómo los sistemas sanitarios, que han servido de modelo a España e Italia, se han instituido en el tiempo, cómo es su estructura institucional y cuáles son los actores que forma parte de la toma de decisiones en la política sanitaria de cada uno de ellos. A continuación, se exponen brevemente los datos más significativos que permiten centrar la comparación entre ellos.

Tabla 1. Comparación entre Reino Unido, Alemania y Suiza.

	REINO UNIDO	ALEMANIA	SUIZA
POBLACIÓN (Eurostat - 2013)			
Total	63.905.207	80.523.746	8.039.060
Hombres	n.d.	n.d.	3.968.524
Mujeres	n.d.	n.d.	4.070.536
Promedio Población UE - 28	12,60%	15,90%	No UE
Esperanza de vida nacimiento (2011)	81,1 años	80,8 años	82,8 años
Hombres	78,8 años	78,1 años	80,5 años
Mujeres	82,7 años	83,1 años	85 años
Tasa de mortalidad infantil estimada	4,3/1000 nac. vivos	3,4/1000 nac. vivos	3,2/1000 nac. vivos
GASTO SANITARIO (OCDE Health Statistics 2013)			
Gasto total como % del PIB (2011)	9,40%	11,30%	11,30%
Gasto Público % gasto total sanitario	7,80%	8,66%	6,97%
Gasto Privado % gasto total sanitario	1,62%	2,67%	4,33%
Gasto total per cápita	3.405 US\$PPP	4.495 US\$PPP	5.643 US\$PPP

Fuente: Población: Eurostat. Gasto sanitario: OCDE (2013f).

2.1 Sistema Sanitario Inglés.

2.1.1. Introducción.

El Reino Unido es una monarquía constitucional compuesta por cuatro territorios: Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte (Boyle, 2011, p. 1). El 90% de la población total es urbana, alcanzando los 63,3 millones de habitantes en 2012, según los últimos datos recopilados por la *Office for National Statistic* (Oficina Nacional de Estadística). Se trata de uno de los países industrializados más importantes del mundo, ostentando el primer puesto durante el siglo XIX y principios del XX. Por el volumen neto de su Producto Interior Bruto es considerado una de las economías más importante a nivel mundial.

Después de las elecciones generales de 2010, en las que se puso fin a 13 años de gobierno laborista, con la victoria del líder de Partido Conservador, David Cameron, se inició un proceso de reforma institucional para reforzar el papel de las Asambleas Nacionales de Gales, Escocia e Irlanda del Norte, que no siendo órganos soberanos tienen como referencia el Parlamento Nacional. Dicho parlamento está formado por dos cámaras: la Cámara de los Comunes (elegida por el pueblo) y la Cámara de los Lores. En la Cámara de los Comunes reside el poder legislativo, que siendo elegida mediante el sistema electoral mayoritario, favorece la estabilidad en la sucesión de los principales partidos políticos en el ejecutivo, y la ejecución de posibles reformas surgidas de las decisiones políticas (Boyle, 2011, pp. 6-7).

Existen también otros territorios llamados de Ultramar y Dependencias de la Corona que no forman parte del Reino Unido pero cuyas relaciones exteriores y de defensa son gestionadas desde el propio Reino Unido (Boyle, 2011, p. 1). Los diferentes territorios gozan de propia autonomía en diversos sectores, como el sector sanitario que, aun siendo similares entre sí, presentan diferencias. De los territorios del Reino Unido, Inglaterra es la región más grande, tanto por su porcentaje de población como por su contribución al PIB. Por este motivo, al describir el sistema sanitario del Reino Unido en el presente estudio se hará referencia al tipo de organización que presenta Inglaterra.

2.1.2. Evolución histórica del *National Health Service* (NHS) y sus reformas.

Como la mayoría de los países de su entorno, el Reino Unido también se distingue por una pluralidad de acontecimientos que favorecieron la creación e institucionalización del *National Health Service* (Servicio Nacional de Salud). Aunque éste se creó en 1946, es necesario remontarse a finales del siglo XIX y principios del XX, cuando la presión ejercida tanto por los sindicatos como por la creación del Partido Laborista propiciaron que en 1911 el Gobierno liberal aprobase la Ley Nacional de Seguros, con la que se proporcionaba una mínima asistencia sanitaria a cierta parte de la población (Boyle, 2011, p. 25). Se podría afirmar que hasta entonces no había existido un seguro de enfermedad²¹ y que la organización sanitaria se había limitado a la presencia de hospitales voluntarios y municipales (éstos últimos bajo la autoridad local). No existía por tanto ninguna forma de organización centralizada, exceptuando la formación de juntas locales y centrales que se constituían para tratar problemas puntuales sobre salud pública e higiene (Boyle, 2011, p. 25).

La Ley Nacional de Seguros preveía varios servicios de atención sanitaria gratuita, como el acceso a los médicos de familia, recetas o tratamientos para la tuberculosis, pero no cubría estancias en hospitales o la atención al parto. A pesar de ser un sistema financiado por trabajadores, patronos y Estado sólo cubría a aquellos trabajadores inscritos en él, excluyendo a los familiares de éstos, mayoritariamente mujeres y niños. Aun así la cobertura llegaba a un tercio de la población; se ha de tener en cuenta que también existía un sistema de atención separado para escolares (Boyle, 2011, p. 25).

En 1919 se instituyó el Ministerio de Sanidad, consolidando la función de salud pública del gobierno central y la coordinación y supervisión de los servicios de salud locales en Inglaterra y Gales (Boyle, 2011). Sin embargo, no fue hasta finales de los años 30 del siglo XX cuando se comenzó a plantear la necesidad de un cambio en el sistema sanitario. Éste se había caracterizado, tal y como se ha descrito con anterioridad, por dos sistemas hospitalarios (uno de ellos perteneciente al sector público y otro de carácter voluntario) que operaban sin ningún tipo de coordinación pero compartiendo la misma dificultad: la limitación en el acceso a los servicios de una gran parte de la población (Boyle, 2011, p. 26). Fueron, en cambio, las consecuencias de la II Guerra Mundial, las que provocaron la

²¹ Existían cajas o mutuas cuyos costos eran asumidos por los propios ciudadanos o por donaciones.

transformación del sistema sanitario en el Reino Unido. Durante el desarrollo de la II Guerra Mundial el Primer Ministro Liberal, Winston Churchill, encargó a William Beveridge la elaboración de un informe que propusiera un nuevo modelo de reconstrucción social para el periodo de la posguerra. El informe, titulado "Informe para el Parlamento sobre el Seguro Social y Servicios Afines"²², fue presentado por William Beveridge en noviembre de 1942 ante la Cámara de los Comunes, pero su aplicación sólo tuvo lugar después del final de la guerra y tras un cambio de gobierno. El Partido Laborista ganó las elecciones y el nuevo Primer Ministro, Clement Attlee, a pesar de la oposición de algunas de las profesiones sanitarias, logró poner en marcha las propuestas de Beveridge al conseguir aprobar la *National Health Service Act* (Ley del Servicio Nacional de Salud) en 1946, dando lugar así al nacimiento del *National Health Service* (NHS - Servicio Nacional de Salud) (Boyle, 2011, p. 26; Sigerist, 1999, p. 475).

La puesta en marcha del nuevo sistema sanitario se concretó en 1948, cuando el *National Health Service* atendió a sus primeros pacientes (Boyle, 2011, p. 26). Desde su establecimiento los objetivos fundamentales del *National Health Service* se resumen en el cumplimiento de los siguientes criterios: la universalidad, la integralidad en la prestación de servicios y su gratuidad en el momento de la provisión (Oliver, 2005, p. 75). Estos tres criterios se unifican en un solo axioma: toda aquella persona que necesite ser atendida, independientemente de su condición económica o geográfica, debe tener asegurado el acceso al tratamiento sanitario específico que su estado de salud exija para su mejora.

Desde su entrada en vigor en 1948, el *National Health Service* se concibió como un sistema de institutos públicos bajo el control del Ministerio de Sanidad y de los entes locales (Fattore, 2006, p. 57). Los hospitales fueron absorbidos por el sector público y los médicos especialistas se convirtieron en asalariados públicos, mientras que los médicos de medicina general, *General Practitioner* (GP), pasaron a prestar servicios para la atención primaria como profesionales autónomos retribuidos per cápita. En su origen, el NHS estaba compuesto por: la medicina general; algunos servicios de comunidad, bajo el control de los entes locales, y los hospitales, bajo la responsabilidad de las autoridades regionales (Fattore, 2006, p. 57).

²² "Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services".

Cuadro 4. Principales Cambios Estructurales en el *Nathional Health Service*.

Gobierno	Cambio	Objetivo Política Sanitaria
Gobierno Laborista Wilson & Callaghan (1974 - 1979)	Establecimiento de las <i>Area Health Autorithies</i> Establecimiento de 90 Comités de Médicos de Familia - <i>Family Practitioner Committee</i> Establecimiento de 14 <i>Regional Health Autorithies</i>	Unificación del sistema sanitario e implicación de los entes locales en el Sistema Nacional de Salud
Primer Gobierno de Thatcher (1979 - 1983)	Desaparición de las <i>Area Health Autorithies</i> y transformación de los equipos de gestión de distrito en Autoridades Sanitarias de Distrito	Reducción de costes burocráticos
Segundo Gobierno de Thatcher (1983 - 1987)	El Informe Griffiths propone la introducción de un mayor gestión en todos los niveles del NHS	Crear liderazgo y la rendición de cuentas a lo largo del NHS
Gobierno Thatcher - Major (1987 - 1992)	El informe <i>Working for Patients</i> propone la introducción de mercados internos. <i>The Patient's Charter</i> establece los derechos del paciente y los standars nacionales de atención. Los Comités de Médicos de Familia son abolidos. <i>The Health of the Nation</i> propone objetivos para reducir la mortalidad de la principales causas de muerte	Mejorar la eficiencia de la oferta, la capacidad de respuesta a pacientes ingresados y la salud de la población
Gobierno de Major (1992 - 1997)	Abolición de las <i>Regional Health Autorithies</i> RHA	Reducción de costes burocráticos
Primer Gobierno Laborista de Blair (1997 - 2001)	El nuevo <i>National Health Service</i> propone la abolición de los Fundholding GP e introduce los PCGs (más tarde reemplazados por los PCTs). Las <i>Disctric Health Autorithies</i> son abolidas y reemplazadas por un número menor de autoridades sanitarias (más tarde sustituidas por las Autoridades Sanitarias estratégicas - <i>Srategic Health Autorithies</i>) Establecimiento del NICE, NSFs y CHI (más tarde Comisión de Salud) Extensión del PFI El Plan del NHS esboza planes para utilizar la capacidad del sector privado	Reforzar la atención primaria Reducir los costes burocráticos. Reducir la prescripción postal Mejorar la rentabilidad la calidad y la rendición de cuentas Reducir los tiempos y las listas de espera
Segundo Gobierno Laborista de Blair (2001 - 2005)	Anuncio de objetivos para combatir las desigualdades en salud Introducción de las <i>Fondation Truts</i> Introducción de un sistemade pago integral basado en métodos de tipo DRG	Reducir desigualdades Incremento de la autonomía hospitalaria y la eficiencia Incremento de la calidad y la competición Libertad de elección y reducción de esperas
Gobierno de Coalición de Cameron (2010 - actualidad)	Publicación del Libro Blanco: <i>Equity and excellence: liberating the NHS</i> (2010) Aprobación de la reforma: <i>The Health and Social Care Act 2012</i>	

Fuente: Reelaboración de Oliver (2005, p. 81).

Esta estructura (inicial) no sufrió ninguna modificación hasta la aplicación en 1974 de una de las normas más relevantes para sistema sanitario, la *National Health Service Reorganization Act* (Ley de Reorganización del Servicio Nacional de Salud). Esta ley, que fue aprobada en 1973, supuso una importante reorganización en la estructura del *National Health Service* (Boyle, 2011, p. 26). Se plantearon dos objetivos principales: unificar la los servicios del sistema (la medicina general, los servicios de comunidad y los hospitales) e implicar de manera más precisa al nivel local (Boyle, 2011, p. 26; Fattore, 2006, p. 57), para ello se introdujo un nuevo sujeto como autoridad local, las *Areas Health Authorities* (AHA - Autoridades Sanitarias de Área) (Boyle, 2011, p. 26). En el territorio inglés se constituyeron 90 AHA que, subdivididas en 205 equipos de gestión de distrito (*distric management teams*) (Oliver, 2005, p. 77), asumieron la producción de los servicios sanitarios y hospitalarios para la toda la comunidad en su territorio de referencia. También se establecieron a nivel local 90 *Family Practitioner Committees* (FPC - Comités de Médicos de Familia), responsables de la contratación de servicios con diferentes profesiones sanitarias: médicos de familia, dentistas, oftalmólogos y farmacéuticos; mientras que las juntas de los hospitales regionales, instituidas con la *NHS Act* de 1946, fueron reemplazadas por 14 *Regional Health Autorithies* (RHA - Autoridades Sanitarias Regionales) (Boyle, 2011, pp. 26-27), responsables de la programación de los servicios sanitarios.

Con la llegada del primer gobierno de Magaret Thatcher (1979 - 1983) se consideró el seguro privado sanitario como alternativa al *National Health Service*, aunque debido a la oposición de numerosos *stakeholders*²³, el sistema sanitario no sufrió grandes cambios (Oliver, 2005, p. 76). La única reforma importante de este periodo fue la abolición de las *Area Health Autorithies* en 1980 y la transformación de los 205 equipos de gestión de distrito (*distric management teams*) en 192 *Disctric Health Autorithies* (Autoridades Sanitarias de Distrito), de acuerdo con su promesa electoral de reducir la burocracia con el fin de mejorar la eficiencia (Boyle, 2011, p. 27; Oliver, 2005, p. 77). Aunque el gobierno conservador introdujo varias iniciativas dirigidas a la mejorar de la eficiencia del NHS, la presión fiscal soportada por el sistema continuó durante toda la década de los 80 (Boyle, 2011, p. 27).

²³ Grupos de interés.

Durante el segundo gobierno de Thatcher (1983 -1987) se presentó el Informe *Griffiths*, cuya recomendación más importante fue el establecimiento de un sistema de gestión general jerárquico del servicio sanitario entre los distintos niveles (regional, de distrito y unidad) con el objetivo de introducir un sistema eficiente de gestión inspirado en el "*new public management*" (Oliver, 2005, p. 77). Para ello, se instó a la definición de un órgano de dirección independiente del Departamento de Salud que fuese dirigido por un director general. Bajo este nuevo gerencialismo público se quiso estimular la eficiencia del personal sanitario del *National Health Service*, pero la estructura institucional del propio sistema no permitía que éstos mejoraran su rendimiento (Oliver, 2005, p. 77).

En el tercer mandato conservador (Thatcher 1987 - 1990 y John Major 1990 - 1992) se elaboraron propuestas bastantes más radicales para el NHS, recogidas en varios documentos, como son: "*Working for Patients*" (1989), "*The Patient's Charter*" (1991) and "*The Health of the Nation*" (1992) (Oliver, 2005, p. 77). Este mismo autor expone como el primer documento sirvió para poner de manifiesto que la nueva gestión pública (*new public management*) fue incapaz por si sola de mejorar la eficiencia del NHS. Aunque en principio el equipo que trabajó sobre "*Working for Patients*" fue convocado para reflexionar sobre el modelo de financiación de los servicios, dicho equipo llegó a la conclusión de que el problema no radicaba en la financiación, sino en el modo en el que los servicios sanitarios eran suministrados (*delivery*). De esto modo, la aprobación de la *Community Care Act* (Ley de Atención Comunitaria) de 1990, que siguió a la publicación de este informe, se centró en el esquema de provisión de los servicios, dejando a un lado el modelo de financiación (Fattore, 2006, p. 58).

Esta reforma introdujo dos grandes innovaciones: el mercado interno y los *General Practitioner fundholding*. La introducción de los "mercados internos" consistió en la creación de dos categorías de "empresa del sistema público": los compradores y los proveedores (Fattore, 2006, p. 58). Las primeras, ostentando la titularidad de los recursos para la asistencia sanitaria, debían tutelar la salud de la población de un determinado territorio y las segundas, constituidas como empresas independientes, competían entre ellas para obtener la asignación de contratos por parte de los compradores (Boyle, 2011, p. 27; Fattore, 2006, p. 58). El mercado interno, introducido gradualmente entre los años 1991 y 1994, atribuyó la función de compra a los *Distric Health Authorities* y a los GP *Fundholding* y confió la provisión de los servicios hospitalarios y territoriales a las 350

*NHS Trust*²⁴, que estaban bajo control del gobierno central pero que gozaban de una cierta autonomía organizativa (Fattore, 2006, p. 58; Oliver, 2005, p. 77).

Los *GP fundholding* consistieron en un sistema voluntario paralelo al estatal, donde un grupo de médicos de familia se comprometían a proporcionar asistencia primaria a un amplio número de pacientes (alrededor de 10.000). Para ello, se les asignaba un fondo destinado a financiar dicha asistencia, sustituyendo así la función de compra de las *Distric Health Autorithies* (Fattore, 2006, p. 58; Oliver, 2005, p.77). El cambio principal de esta opción residía en la posibilidad de compra de servicios sanitarios especializados por parte de los médicos de atención primaria, a los que se les atribuía no sólo la autonomía en la elección de los proveedores de los servicios para los sus pacientes, sino que además se les responsabiliza financieramente de su comportamiento, ya que debían respetar los límites de los recursos financieros otorgados (Fattore, 2006, p. 58). En 1996, el 50% de los GPs se habían adherido a este sistema (Oliver, 2005, p. 77).

En relación a la última etapa del mandato conservador, ya con Major como Presidente, además de abolir las *Regional Health Autorithies* en un intento de minimizar los costes burocráticos (Oliver, 2005, p. 78), los esfuerzos se focalizaron en consolidar las reformas iniciadas por Thatcher, aunque se tendió a atenuar el impacto de la competición, estableciendo contratos plurianuales (*Health Improvement Programmes - HIMP*), con el objetivo de regular las relaciones entre los actores (Fattore, 2006, p. 59).

Posteriormente la política sanitaria fue también de gran importancia durante los gobiernos laboristas de Blair (1997-2001 y 2001-2005) y prueba de ello fue la publicación en 1998 del "El Nuevo NHS"²⁵. En relación a la reformas del gobierno precedente, el partido de Blair no se posicionó claramente, aunque sí mantuvo aquellos aspectos que funcionaron, como la separación de funciones de compra y provisión (Fattore, 2006, p. 59). Con respecto a los *GP fundholding* se produjo una drástica intervención con el objetivo de hacer frente al doble sistema de atención primaria existente hasta el momento. El régimen propuesto por los anteriores gobiernos se sustituyó gradualmente unificando todos los GP (médicos de familia) en un nuevo *fundholding* más enfocado en la cooperación que en la competición (Oliver, 2005, p.78). Todos los médicos de familia pasaron a formar parte

²⁴ Antiguas organizaciones hospitalarias bajo control del Estado. Se constituyeron como organizaciones non profit semi-independientes y con cierto grado de libertad para organizar los servicios sanitarios (Oliver, 2005, p. 77).

²⁵ "The New NHS".

de los 481 *Fundholding Primary Care Group* (PCGs) que, adquiriendo más tarde autonomía jurídica, se configuraron en 303 *Primary Care Trust*²⁶ (PCTs). Como consecuencia del refuerzo de la función de compra de las empresas de los médicos de familia (PCTs), las competencias de los *Distric Health Autorithies* disminuyeron provocando su abolición, aunque fueron sustituidas por las *Strategic Health Autorithies* cuya responsabilidad principal se basó en instar al cumplimiento de los programas sanitarios (Boyle, 2011, p. 28).

Las políticas sanitarias del partido laborista iniciaron un debate interno dentro del propio partido, especialmente durante el segundo mandato. En el primer mandato (1997-2001) predominó una línea más tradicional que se oponía a que el sistema se abriera al sistema privado; mientras que en el segundo mandato (2001-2004) prevaleció la reducción del papel directo de las instituciones públicas en la gestión operativa del sistema, promoviendo una participación del sector privado e introduciendo también como criterio la libertad de elección de los ciudadanos (Fattore, 2006, p. 59). En este segundo mandato, se inició una transformación gradual de los *NHS Trust* en fundaciones, pero también se promovió la incorporación de la fórmula PFI²⁷ (*Private Finance Initiative*) en hospitales y la introducción de un sistema de financiación de los hospitales según la clasificación de los *Diagnosis Related Group* (DRG)²⁸.

Años más tarde, los resultados de las elecciones de 2010 indujeron a un acuerdo entre los principales partidos políticos del Reino Unido que terminó en la proclamación de un gobierno de coalición, liderado por el Conservador David Cameron. Apenas 2 meses después de su formación (Mayo 2010), el nuevo gobierno publicó el Libro Blanco "Equidad y Excelencia: la liberación de NHS"²⁹. Este documento anticipaba una nueva propuesta legislativa en materia sanitaria que sería regulada dos años más tarde con la aprobación de "Ley de Salud y Asistencia Social 2012"³⁰. Dos de los puntos centrales de

²⁶ Empresas constituidas por grupos de médicos y otras profesiones sanitarias, como los enfermeros. Dichas empresas son responsables de la atención primaria y, además, ostentan la función de compra de servicios de atención especializada para una población de unos 80.000 habitantes (Fattore, 2006, p. 59)

²⁷ PFI - *Private Finance Initiative*: se caracteriza por el contrato entre la Administración Pública y una empresa privada para la realización de una inversión que conllevará la gestión de servicios no clínicos por parte de la empresa durante un determinado periodo de tiempo, por los que reciben un canon concordado con la Administración Pública (Martin Martin, 2013, p. 17).

²⁸ *Diagnosis Related Group*: Sistema que permite clasificar los pacientes ingresados en el hospital en grupos homogéneos con el objetivo de cuantificar los recursos utilizados y remunerar cada ingreso.

²⁹ "Equity and excellence: liberating the NHS".

³⁰ "The Health and Social Care Act 2012".

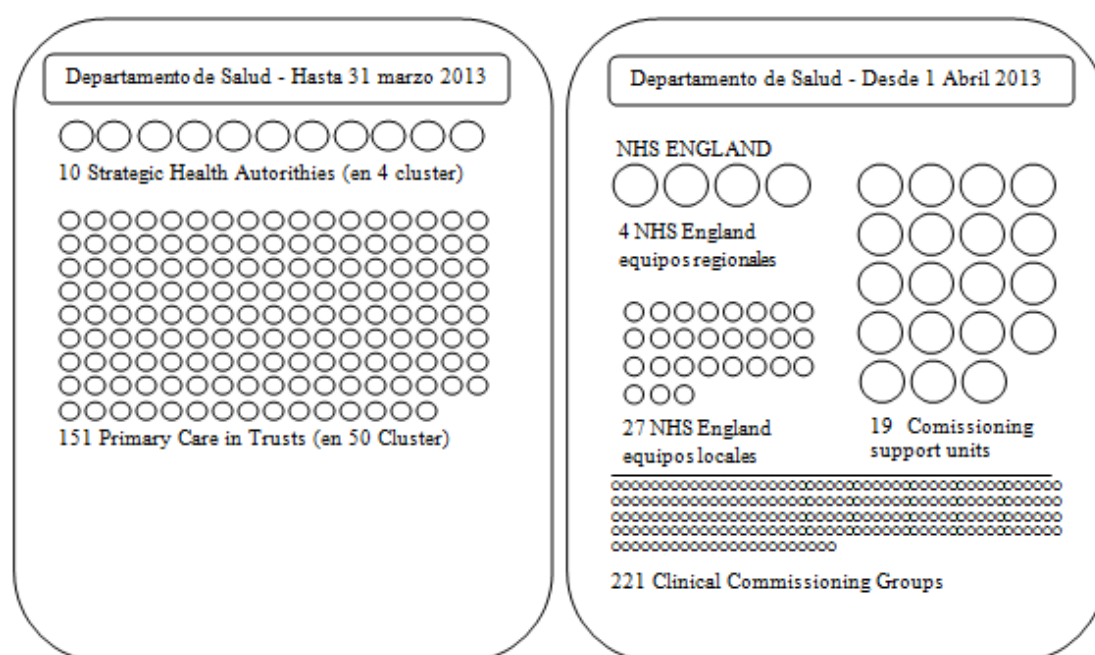
esta propuesta fueron: fomentar la agilidad del funcionamiento del NHS liberándolo de la burocracia y del control político, y el incremento del papel de los pacientes favoreciendo su libertad de elección.

"*The Health and Social Care Act 2012*" ("Ley de Salud y Asistencia Social 2012"), que se puso en marcha el 1 de abril de 2013, ha introducido cambios sustanciales en la organización del *National Health Service* con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia socio-sanitaria. En el siguiente epígrafe, se expone en profundidad cómo esta reforma ha modificado el esquema organizativo institucional, traspasando la decisión a los GP (*General Practitioners*) y a una nueva junta políticamente independiente, la *NHS Commissioning Board*, más tarde denominada *NHS England* (The Coalition Government's health).

2.1.3. Organización del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*).

Tal y como ya se ha anticipado, la entrada en vigor de la "*Health and Social Care Act 2012*" ("Ley de Salud y Asistencia Social 2012") ha modificado sustancialmente la organización del NHS, aunque sigue conservando sus características esenciales. Es decir, se financia a través de impuestos generales nacionales y proporciona tanto a todos los ciudadanos de Inglaterra como a aquellos que sean "residentes habituales" asistencia sanitaria pública, siendo la mayoría de sus servicios gratuitos en el momento de la provisión (Boyle, 2011, p. 22). Para los ciudadanos no ha variado la forma en la que acceden a los servicios, sino que los efectos de la reforma se han centrado en quiénes toman las decisiones en el sistema y en cómo esas personas o entes autorizan la producción de los servicios sanitarios y utilizan el presupuesto dedicado a la salud (Reino Unido, Department of Health).

La organización del NHS-Servicio Nacional de Salud inglés antes de la reforma recaía en el Departamento de Salud que, a su vez, operaba a través de una red compuesta por 10 *Strategic Health Authorithies* (SHAs) a nivel regional y 151 *Primary Care Trusts* (PCTS) a nivel local, siendo éstos últimos responsables de la producción de los servicios sanitarios (Boyle, 2011, pp. 22-23).

Figura 7. Entes responsables de los servicios sanitarios en el NHS.

Fuente: Reelaboración de Morse (2013, p.13).

A partir del 1 de Abril de 2013, como se ha podido observar en la figura anterior, la estructura cambió a raíz de la abolición de las *Strategic Health Autorithies* y los *Primary Care Trusts*, traspasando de esta manera la toma de decisiones a otros nuevos entes: el *NHS England* y los *Clinical Commissioning Groups* (Morse, 2013, p. 12). Para poder entender el alcance y la transformación del sistema es necesario examinar las funciones y competencias de los órganos institucionales y los nuevos entes que configuran el nuevo sistema sanitario inglés.

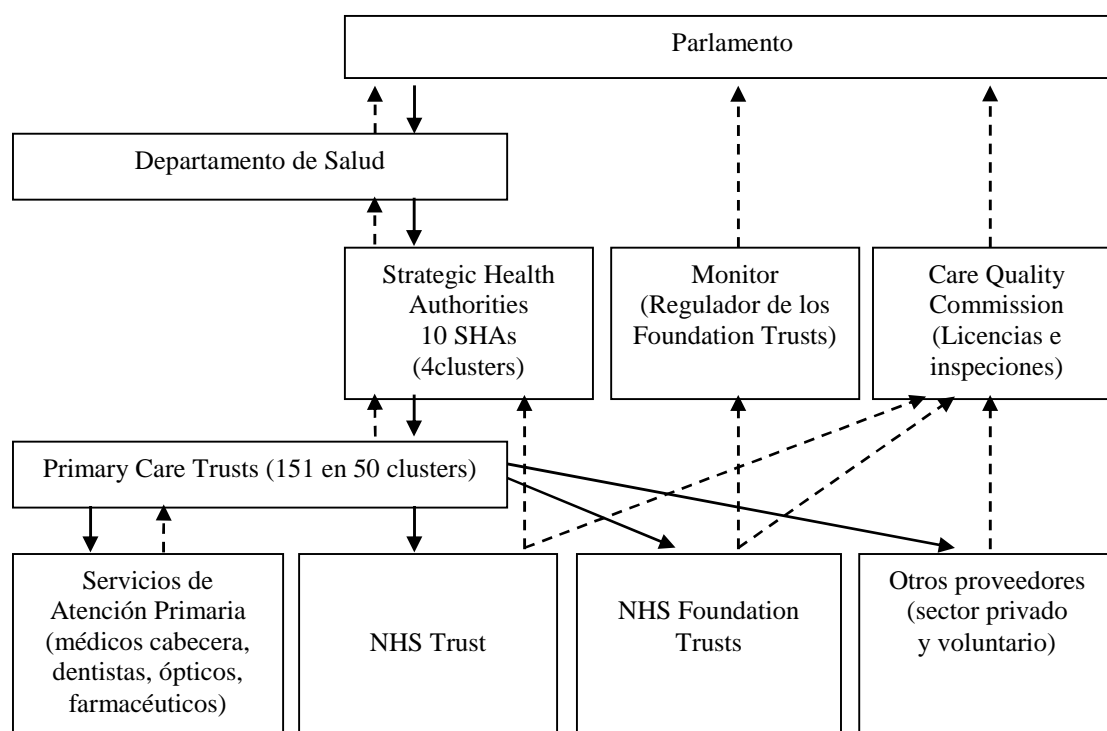
a. El Secretario de Estado para la Salud y el Departamento de Salud.

Desde el punto de vista institucional, el sistema inglés cuenta con la figura del Secretario de Estado para la Salud, que, siendo su función equiparable a la de un Ministro, es el responsable último de la salud pública ante el Parlamento. Entre sus competencias destaca la de asegurar el buen funcionamiento del entero sistema, con el objetivo de responder a las prioridades de las comunidades y satisfacer las necesidades de los pacientes (Reino Unido, Department of Health).

El Secretario de Estado para la Salud se apoya en el Departamento de Salud (*Department of Health*), institución del gobierno central a la que se le otorga la responsabilidad de la

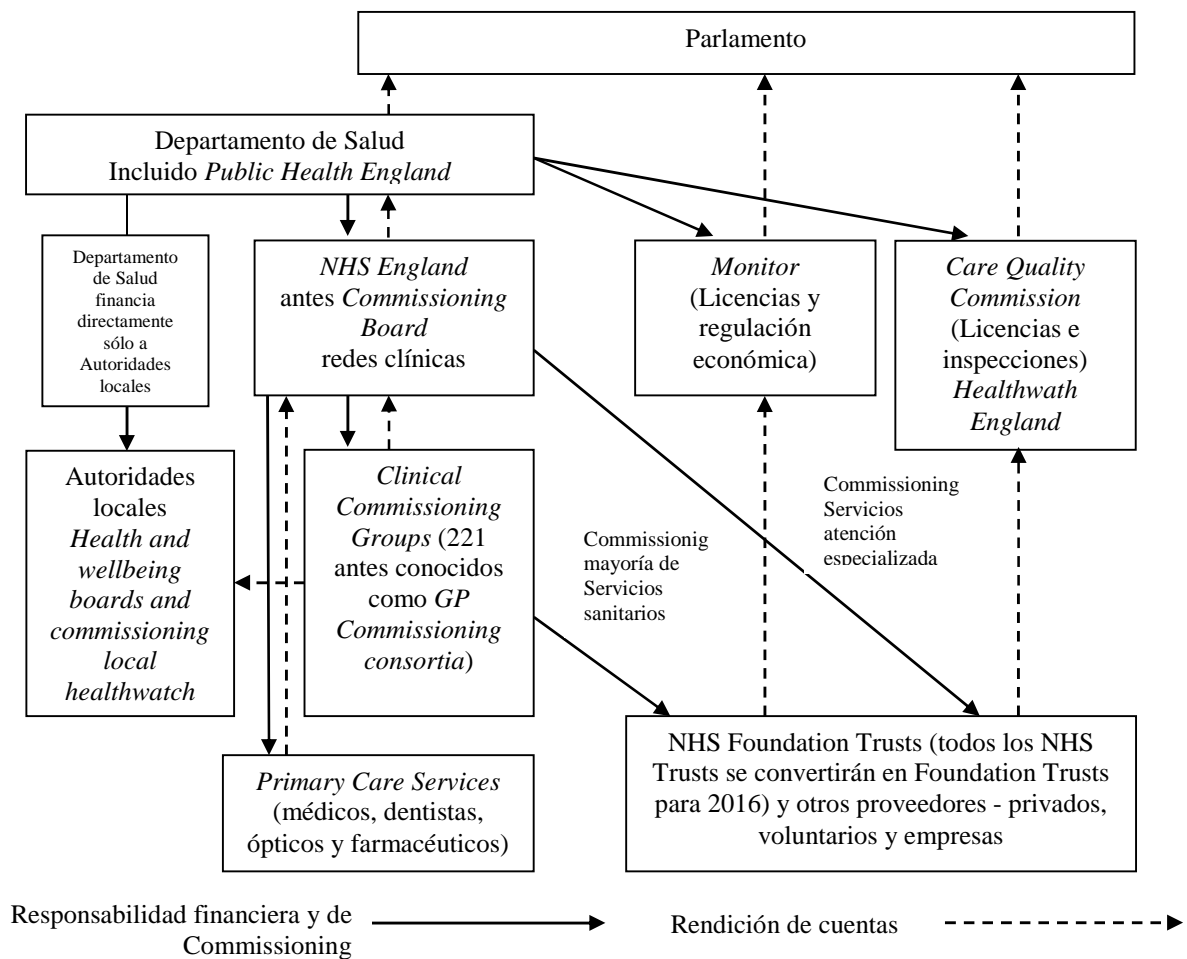
política sanitaria, la tutela de la salud pública y la asistencia social. (Boyle, 2011, p. 22). El impacto de la reforma ha hecho que el Departamento de Salud tenga que redefinir sus responsabilidades, ya que ha cedido una de sus competencias más significativas: la gestión estratégica del NHS. Por tanto, el citado Departamento ya no ejerce un control directo sobre el sistema sanitario, sino que son otros entes los que llevan a cabo esta tarea de forma independiente a los órganos del Estado (Morse, 2013, p. 15). La decisión política sanitaria, como se expondrá a continuación, se traslada a nuevas organizaciones no gubernamentales creadas específicamente para la gestión del sistema. Las competencias del Departamento de Salud quedan restringidas al gobierno del sistema sanitario, al apoyo de la integridad del sistema, siendo el responsable ante el Parlamento, y al impulso de la mejora e innovación del sistema sanitario (Morse, 2013, p. 15).

**Figura 8. Esquema del NHS inglés antes de la reforma de 2012.
Estructura hasta el 31 de marzo de 2013.**



Fuente: Powell y Heath (2013, p. 4).

**Figura 9. Esquema del NHS inglés después de la reforma de 2012.
Estructura a partir del 1 de abril de 2013.**



Fuente: Powell y Heath (2013, p. 4)

b. NHS England - The NHS Commission Board.

El *NHS England* fue concebido en la “*Health and Social Care Act 2012*” como “*The NHS Commission Board*” y así ha sido denominado hasta la puesta en marcha de la reforma. El resultado que se ha querido estimular con la creación de este Consejo, como nuevo órgano no gubernamental independiente del Gobierno, es la de un cambio en la concepción de la tutela en la gestión de la política sanitaria.

Este nuevo órgano, que, como se acaba de mencionar, fue redenominado *NHS England* desde el 1 de abril de 2013, recibió algunas de las competencias que antes pertenecían al Departamento de Salud, como la gestión del presupuesto del NHS y, tal y como se especificará más adelante, la definición de las tarifas de los *Diagnosis Related Group* en cooperación con otros entes (Harrison, 2013, p. 40).

El gobierno, mediante el Departamento de Salud, establece los objetivos que el NHS debe alcanzar, pactando un mandato anual que sólo podrá ser revisado si el *NHS England* está de acuerdo, si hay elecciones generales o si se producen circunstancias excepcionales (Morse, 2013, p. 12). El *NHS England*, como órgano independiente responsable de la ejecución de las actividades del NHS, es libre de decidir cómo cumplir los objetivos de dicho mandato, buscando la consecución de éstos con el fin de garantizar el buen funcionamiento del sistema (Morse, 2013, p. 12). Para ello, además de asegurar que el sistema de *commissioning*³¹ funcione correctamente, se erige como el supervisor de la actividad de los *Clinical Commissioning Groups*, a los que dota de recursos para llevar a cabo sus tareas (Harrison, 2013, p. 40).

El *NHS England* es también el órgano responsable que autoriza directamente el conjunto de los servicios sanitarios de atención primaria y especializada, la atención sanitaria para los presos o personas bajo custodia y la atención sanitaria para los cuerpos de las fuerzas armadas (Harrison, 2013, p. 40; Morse, 2013, p. 12).

c. Los Clinical Commissioning Groups (CCGs).

La instauración de los *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) comportó la abolición de los 151 *Primary Care Trusts*, que hasta entonces habían asumido la realización de la mayoría de los servicios sanitarios, controlando el 80% del presupuesto del NHS. Aunque los *Clinical Commissioning Groups* recogen muchas de las competencias que recaían en los *Primary Care Trusts*, también reciben otras anteriormente ostentadas por el Departamento de Salud (Reino Unido, Department of Health).

Los *Clinical Commissioning Groups* son órganos independientes, dotados de estatuto propio, que bajo la supervisión del *NHS England*, de quien reciben apoyo para la realización de sus tareas y al que deben dar cuenta de sus actividades, asumen la responsabilidad de la puesta en marcha de la mayoría de los servicios sanitarios (Morse, 2013, p. 14). Entre los servicios sanitarios que deben proporcionar destacan: la atención hospitalaria planificada, la rehabilitación, las emergencias sanitarias, los servicios

³¹ *Commissioning*: este término de origen latino significa dar un mandato o revestir de autoridad a una persona o conjunto de personas para llevar a cabo algo, otorgándole el poder de decidir o autorizar procedimientos para el cumplimiento de un fin. Cuando en el texto nos referimos al sistema de *commissioning* o, simplemente, *commissioning* es necesario tener en cuenta este concepto.

sanitarios a la comunidad, la salud mental y los servicios de aprendizaje (Reino Unido, Department of Health).

Los médicos de medicina general (*General Practitioner* - GP), al igual que el resto de profesiones sanitarias (como enfermeros o matronas), están supeditados a uno de los 221 *Clinical Commissioning Groups* (Morse, 2013, p. 14). Cada grupo debe tener una figura responsable, que ha velar por la correcta administración de los recursos y el desempeño de los servicios (Morse, 2013, p. 14). Para llevar a cabo esta tarea reciben apoyo de las 19 *Commissioning Support Units*, que proporcionan una gama de servicios como son la obtención y gestión de contratos o el diseño de los servicios que deben ofrecer (Morse, 2013, p. 14).

Los *Clinical Commissioning Groups* pueden encargar servicios sanitarios a cualquier proveedor que cumpla con la normativa del *NHS England* y que asegure los niveles de calidad, teniendo en cuenta las líneas directrices del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (*NICE*) y los datos de las Comisiones de la Calidad de la Atención (*Care Quality Commissions*). Los proveedores pueden ser: hospitales del NHS, empresas sociales, *charities* o proveedores del sector privado (Reino Unido, Department of Health).

d. Los *Arm's-Lenght Bodies* del Servicio Nacional de Salud inglés.

A nivel nacional, el Departamento de Salud cuenta con una serie de órganos gubernamentales conocidos como los "*arm's-lenght bodies*". A continuación se describen algunos de estos órganos, que se caracterizan por ser independientes y por responder directamente ante el Parlamento. Sin embargo, el Departamento de Salud se apoya en ellos para la consecución de estándares de calidad y para la regulación de determinados aspectos de la atención sanitaria (Boyle, 2011, p. 22).

- El Comité de Calidad de la Atención - *Care Quality Commission* (CQC) fue creado en 2009 con el objetivo de promover la calidad de los servicios en el NHS (Boyle, 2011, p.22). Su responsabilidad es la de garantizar el cumplimiento y el seguimiento de las normas básicas de seguridad y calidad a través de un sistema de registro de proveedores de servicios³². Además, también regula todos los

³² Todos los proveedores de servicios deberán obtener una licencia emitida conjuntamente por el Comité de Calidad de la Atención y por *Monitor*. Para obtener dicha licencia, los proveedores deberán cumplir con

servicios sanitarios y socio-sanitarios en Inglaterra provistos por los órganos del NHS, las autoridades locales, las empresas privadas y las organizaciones voluntarias (Reino Unido, Department of Health).

- *Monitor* fue un órgano creado en 2004 como regulador independiente de los *NHS Trusts* y las *Fondation Trusts*. Sin embargo, este órgano ha extendido su papel regulatorio a todos los proveedores de salud y atención social. Después de la reforma de 2012, *Monitor* tiene como objetivo promover la competencia, regular los precios y garantizar la continuidad de los servicios en las *Fondation Trusts* (Reino Unido, Department of Health).
- El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica - *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) fue establecido en 1999 para evaluar y emitir una valoración sobre nuevos medicamentos y tratamientos del NHS (Boyle, 2011, p. 22). Desde entonces su papel se ha ampliado y actualmente es el responsable de la elaboración de las líneas directrices que todos los actores del sistema sanitario deben seguir.

e. Las Autoridades Locales.

Como consecuencia de la ejecución de la reforma, las autoridades locales han de aceptar la obligación legal de mejorar la salud de sus poblaciones, convirtiéndose en responsables de la puesta en marcha de servicios de salud pública. El Departamento proporciona fondos que destinan a las autoridades locales para llevar a cabo este cometido, que anteriormente recaía en el NHS (Morse, 2013, p. 14).

Las autoridades locales llevan a cabo su función de salud pública en conjunto con una nueva agencia ejecutiva del Departamento de Salud, la *Public Health England*. Esta agencia proporciona apoyo a las autoridades locales, facilitando asesoramiento sobre el mejor modo de optimizar la salud. También coopera con los gobiernos locales ante las posibles amenazas sanitarias que deba afrontar la población, como pueden ser situaciones de emergencias o pandemias (Morse, 2013, p. 14; Reino Unido, Department of Health).

los requisitos esenciales de calidad y de seguridad, además de atenerse a determinados criterios relacionados con el precio y la competitividad del servicio.

Todas las autoridades locales de "nivel superior" deben establecer un Consejo de Salud y Bienestar (*Health and Wellbeing Boards*), que actúe como un foro para todos aquellos entes a los que les han sido conferidas competencias o autoridad en el sistema de *commissioning*. Estos Consejos deben incrementar la contribución democrática en las decisiones sobre los servicios de salud y bienestar, así como fortalecer la relación entre asistencia sanitaria y socio-sanitaria, integrando los servicios de ambas para combatir las desigualdades en salud (Reino Unido, Department of Health).

Con el objetivo de garantizar un mayor compromiso público con el funcionamiento del sistema sanitario, la reforma ha creado un nuevo organismo, dependiente de la Comisión de Calidad de la Atención, que permite contar con la opinión colectiva de los usuarios del NHS. El fin no es sólo dar voz a los ciudadanos, sino también influir en las decisiones de la política sanitaria que les afecta. Los *HealthWatch* proporcionan a nivel local un foro donde las personas pueden tratar de transformar la modalidad en la que se prestan los servicios sanitarios y la asistencia social en su área local. Los *HealthWatch Local* se financian a través de las autoridades locales a las que deben rendir cuenta de su actividad (Morse, 2013, p. 14).

f. La atención sanitaria en el Servicio Nacional de Salud inglés.

La asistencia sanitaria en Inglaterra se divide en tres grupos: la asistencia primaria, la asistencia especializada y la asistencia de emergencia (Boyle, 2011, p. 224).

La asistencia primaria gira en torno a la figura del médico de medicina general, *General Practitioner*, que normalmente es el primer punto de contacto de los pacientes y actúa como filtro (*gatekeeper*) para el acceso al resto del sistema (Boyle 2011, p. 225; Harrison 2013, p. 38). Los ciudadanos están obligados a inscribirse como pacientes con un médico de cabecera determinado, valiéndose del principio de la libertad de elección; pero la realidad es que esa elección es limitada, dado que muchos médicos tienen su cuota completa y no aceptan nuevos pacientes (Harrison, 2013, p. 38). Los GP son trabajadores autónomos y desde 2004 su remuneración se calcula en base a un sistema mixto caputivo (Boyle, 2011, p. 226), aunque los proveedores privados de atención primaria fijan sus propias tarifas de pago por servicio (Harrison, 2013, p. 39). Además de los médicos de familia existe otro canal que ofrece servicios de atención primaria para el que no se requiere un registro previo. Se trata de los *Walk-in Centres*, que actúan también como

filtros orientando a los pacientes del uso apropiado del servicio que realmente se necesitan (Boyle, 2011, p.2 28; Harrison, 2013, p. 38).

Como ya se ha mencionado, los médicos de cabecera actúan como filtro para el acceso a la atención especializada, proporcionada por médicos especialistas, enfermeros y otros profesionales de la salud. Los médicos especialistas son, en su gran mayoría, empleados asalariados de los hospitales del NHS. Los pacientes pueden elegir el hospital e incluso el especialista por el que quieren ser tratados (Harrison, 2013, p. 39).

Los hospitales de titularidad pública están organizados como *NHS Trusts* o como *Foundation Trusts*, aunque el actual gobierno pretende que se conviertan todos en *Foundation Trusts* en un futuro próximo. Ambos tipos de hospitales conciertan con los responsables locales servicios sanitarios para sus poblaciones, estos servicios son reembolsados mediante el sistema de *Diagnosis Related Group*.

La asistencia de emergencia, ya explicada en el epígrafe anterior, es competencia de las autoridades locales y se desarrolla a través de los *Public Health England*.

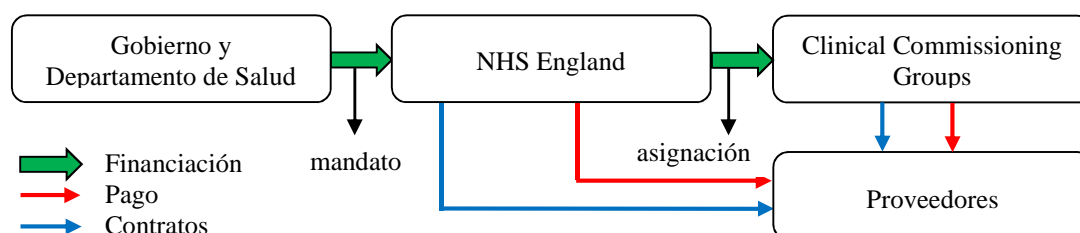
2.1.4. Financiación y Gasto Sanitario.

El *National Health Service* se financia principalmente mediante impuestos generales, además de por impuestos locales (Boyle, 2011, p. 69). Aunque la mayoría de los servicios sanitarios son gratuitos, los ciudadanos realizan copagos en recetas médicas y pagos directos en algunos servicios de atención especializada suministrados por proveedores del sector privado o del sector del voluntariado (Boyle, 2011, p. 69).

Antes de la aplicación de la reforma de 2012, el Gobierno Central establecía anualmente al Departamento de Salud el presupuesto dedicado al entero sistema sanitario y éste era el responsable de asignar los fondos. Cada año, el Departamento de Salud destinaba alrededor del 80% del total de presupuesto a los *Primary Care Trusts*, utilizando la fórmula de capitación ponderada (Boyle, 2011, p. 71). Los *Primary Care Trusts* eran los responsables de la compra de los servicios hospitalarios de entre una variedad de proveedores, principalmente del sector público pero en competición con proveedores del sector privado y voluntario (Boyle, 2011, p. 71).

La aprobación de la “*Health and Social Care Act 2012*” supuso un cambio en los flujos de financiación, ya que se delegó al *NHS England* la función que hasta entonces había desarrollado el Departamento de Salud. Por tanto, a partir del 1 de abril de 2013, el *NHS England* asume la gestión del presupuesto y se responsabiliza de la asignación de éste a los 221 *Clinical Commissioning Groups*. El *NHS England* asigna también fondos a los *NHS Trusts*, a los *Foundation Trusts* y a proveedores de atención primaria y otros servicios.

Figura 10. Esquema simplificado de la *National Health Service*.

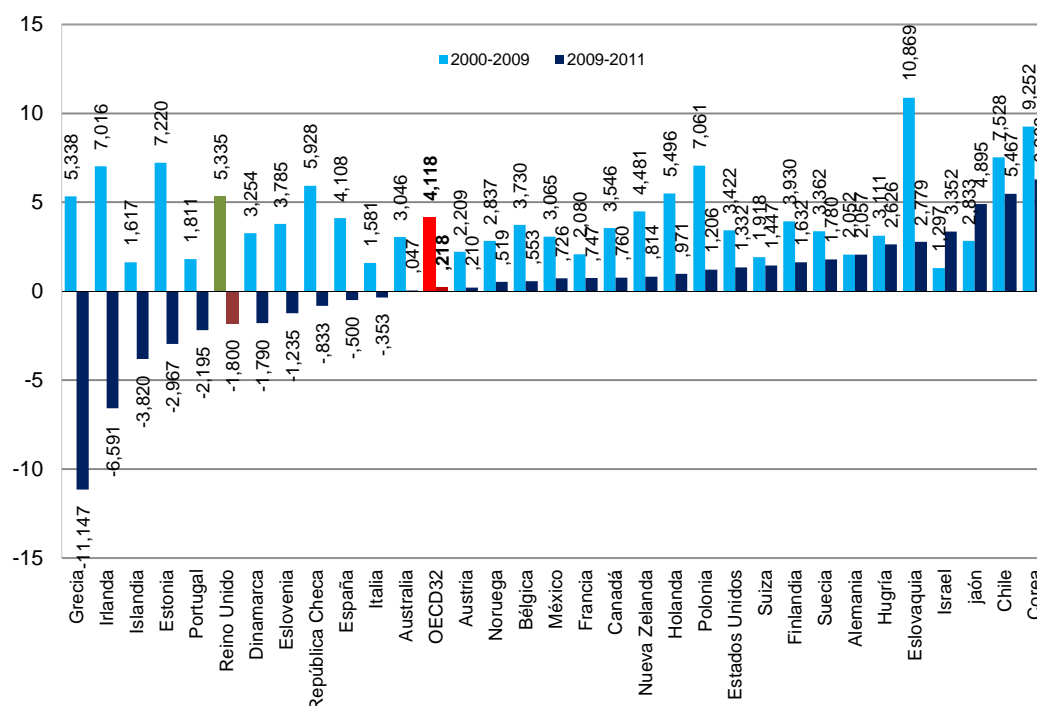


Fuente: reelaboración de Blackwell (2014, p. 4).

En relación al gasto sanitario, el *National Health Service* ha logrado que éste se mantuviera desde su fundación, como fruto de las continuas reformas emprendidas por parte de los diferentes gobiernos. Aunque el informe “*Health at a Glance 2013*”, elaborado por la OCDE, señala que el gasto sanitario, por primera vez desde los años 70, en términos reales per cápita descendió en 2010 (2,5%) y en 2011 (1,1 %).

Como se observa en la siguiente figura (11) durante el periodo 2000 - 2009 la tasa de crecimiento media anual había aumentado un 5,3%, mientras que el promedio del periodo 2009 - 2011 presenta un descenso del -1,8%. Esta reducción se debe a la recesión experimentada a raíz de la crisis económica y financiera.

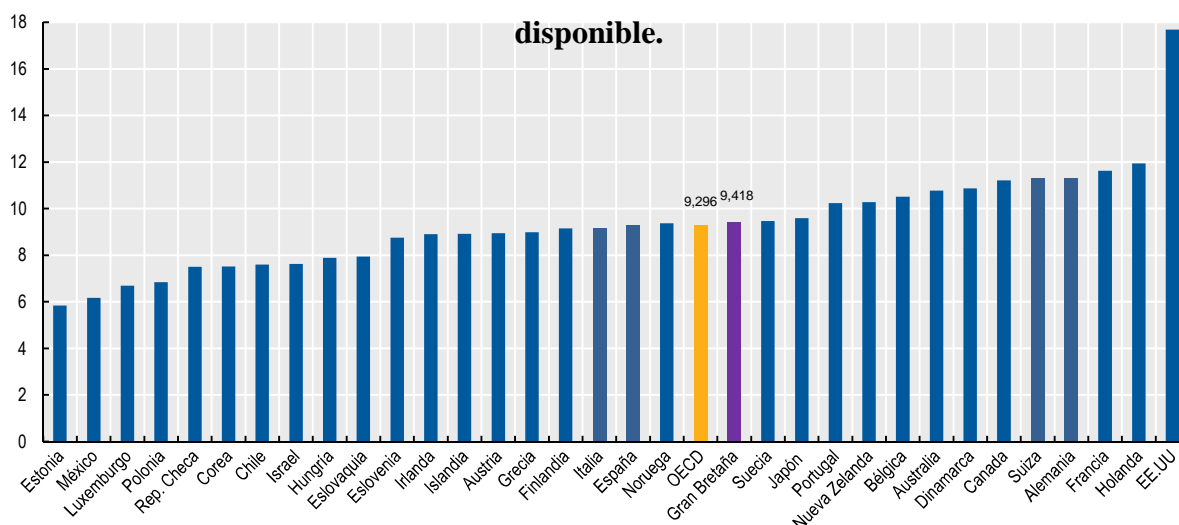
Figura 11. Tasa de crecimiento medio anual del gasto sanitario per cápita, en términos reales, de 2000 a 2009 y 2009 a 2011.



Fuente: Organización para la Cooperación y Desarrollo [OCDE] (2013g)

En la siguiente figura (12) se puede ver el gasto sanitario como porcentaje del PIB. El Reino Unido presenta un dato ligeramente superior a la media europea, que se sitúa en el 9,3%. Si se desglosa el 9,42% de gasto sanitario como porcentaje del PIB que el Reino Unido ha presentado en 2012, se identifica que un 7,80% corresponde al gasto público y un 1,62% al gasto privado (OCDE, 2014d).

Figura 12. Gasto sanitario como porcentaje del PIB en 2012 o último año disponible.



Fuente: OCDE (2014d).

Si se compara este dato con los países del estudio, Reino Unido presenta un porcentaje similar a Italia (9,17%) y España (9,30%), mientras que si se lo compara con Alemania (11,33%) o Suiza (11,30%) es claramente inferior.

Si se analiza el gasto per cápita, Reino Unido gasta ligeramente más que la media europea (3.322 US\$PPP); sin embargo, comparado con otros países europeos se podría afirmar que su gasto es contenido. Según datos de la OCDE en 2011 el gasto per cápita del Reino Unido fue de 3.405 US\$PPP a paridad de poder de compra por habitante (584 privado y 2821 público) (OCDE, 2013g). El gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total en 2012 fue del 84%, mientras que los pagos directos sobre el gasto sanitario total fueron del 9% (OCDE, 2014a).

Estos datos evidencian que la asistencia sanitaria en Reino Unido se financia principalmente a través de fuentes públicas y que por lo tanto su sistema sigue un modelo *Beveridge*.

2.2. Sistema Sanitario Alemán.

2.2.1. Introducción.

Alemania es una República Federal formada por 16 estados conocidos como *Länder*. Se trata de uno de los países industrializados más importantes del mundo, siendo la cuarta economía por volumen de PIB (Busse y Blümel, 2014, p. 3). La población, con una densidad de 230 hab/km², alcanzó los 82.020.578 habitantes en 2012 según los últimos datos oficiales. Una característica esencial a tener en cuenta es la presencia de cerca de 7,2 millones de inmigrantes, que representan el 8,8% de la población total, de los que el 25% son de procedencia turca (Busse y Blümel, 2014, p. 1).

Es necesario resaltar que Alemania, tras la Segunda Guerra Mundial y hasta la caída del Muro de Berlín en 1989, estuvo dividida en dos Estados totalmente diferentes. La reunificación en 1990 supuso un gran esfuerzo de adaptación por parte de Alemania del Este, esfuerzo que también se produjo en el ámbito sanitario.

Alemania es una República Parlamentaria formada por 16 *Länder*, cada uno de ellos posee una Constitución que recoge los mismos principios democráticos y sociales

consagrados en la Constitución nacional, conocida como Ley Fundamental (Busse y Blümel, 2014, p. 5).

El Parlamento está constituido por la Asamblea Federal o *Budestag* y por el Consejo Federal o *Bundesrat*, que poseen responsabilidades diferentes. La Asamblea Federal, elegida cada 4 años, aprueba todas las leyes, nombra al Jefe del Gobierno (Canciller) por un periodo de 5 años y ostenta el poder de control sobre el Gobierno. Este órgano constitucional se reúne sólo a estos efectos. El Consejo Federal está compuesto por representantes nombrados por cada uno de los *Länder*, de tres a seis dependiendo de la población del *Länder* de procedencia, y examina las leyes más importantes, entre ellas las que atañen a la sanidad. Esto implica que las reformas deben ser consensuadas en el caso de que la mayoría de los miembros en las Cámaras pertenezcan a partidos políticos diferentes. El Gobierno Federal se compone del Canciller Federal y de los ministros federales. El Canciller Federal es el único miembro del Gobierno elegido por el Parlamento y sólo responde y da cuenta de su gestión ante el propio Parlamento (Busse y Blümel, 2014, pp. 6-8).

2.2.2. Evolución histórica y sus reformas.

El origen del sistema sanitario se remonta a finales del siglo XIX cuando el Canciller Otto Von Bismarck logró en 1883 la aprobación del primer seguro de salud obligatorio a nivel nacional para determinadas tipologías de trabajadores (Busse y Blümel, 2014, p. 21). Esta Ley fue el resultado de un complejo entramado de eventos históricos y de concesiones políticas dirimidas en el Parlamento (*Reichstag*) casi una década después de la unificación de Alemania como nación bajo el nuevo Imperio Alemán (Sigerist, 1999, pp. 479-480).

La idea inicial de Bismarck descansaba en la creación de un servicio sanitario nacional que le permitiera por un lado acrecentar el papel del gobierno nacional sobre los gobiernos de los estados federales y, por otro, dar respuesta al malestar social fruto del desamparo en el que muchos ciudadanos se encontraban no sólo debido a las consecuencias de la guerra franco-prusiana, sino también a la situación de la nueva clase social trabajadora surgida como consecuencia de la industrialización (Sigerist, 1999, pp. 476-484).

Ante la imposibilidad de poder alcanzar esta meta, el Canciller Bismarck se apresuró a impulsar esta ley³³ (*Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter*, Ley Relativa a la Salud de los Trabajadores) valiéndose de la tradición empleada por los Gremios de la Baja Edad Media (Sigerist, 1999, p. 477), que proporcionaban cobertura a sus afiliados mediante la creación de organizaciones voluntarias de ayuda mutua. (Busse y Blümel, 2014, p. 21; Sigerist, 1999, p. 477). De hecho, históricamente se puede constatar la existencia de este tipo de organizaciones a nivel federal mucho antes de la aprobación del Seguro Sanitario Estatutario a Nivel Nacional. Se puede encontrar un ejemplo relevante en el caso de Prusia, que en 1849 impulsó la creación de un Seguro de Salud Obligatorio para los mineros, autorizando a las comunidades locales el control de la financiación por parte de los empleadores y empleados (Busse y Blümel, 2014, p. 21).

La cobertura sanitaria obligatoria de aquellas clases de trabajadores industriales, obreros y artesanos que pretendía proveer el Seguro Sanitario Estatutario en todo el Imperio Alemán, supuso la creación de una red de cajas de enfermedad que se financiaban a través de las cuotas aportadas por empleados y empleadores, a razón de dos tercios frente a uno respectivamente³⁴ (Busse y Blümel, 2014, pp. 21- 22).

Cada caja de enfermedad estaba dotada por un Consejo de Administración representado proporcionalmente por empleadores y empleados (2:1). El Consejo de Administración establecía el tipo de cotización, definía los beneficios y dirigía las demás cuestiones previstas en los estatutos, salvaguardando los límites establecidos por la legislación (Busse y Blümel, 2014, p. 22). En relación a los proveedores de servicios, las cajas gozaban de entera libertad en su elección, extendida también a la naturaleza contractual con la que estipulaban su relación (Busse y Blümel, 2014, p. 22). El papel de acreditación y supervisión de las cajas fue asignado a los gobiernos de los *Länder*, mientras que el

³³ Sigerist describe en su escrito cómo el Canciller Bismarck era muy consciente de la agitación social entre la clase trabajadora y de cómo ésta podía ser un peligro para el nuevo régimen, ya que el movimiento obrero comenzaba a tener fuerza y representación en el Parlamento. Para contrarrestar esta situación, Bismarck vio necesario anticiparse y ofrecer una solución a los problemas sociales, promoviendo el bienestar de la clase trabajadora a través de la aprobación de una serie de leyes en materia de seguridad social.

³⁴ Sigerist en su escrito explica el origen de la financiación compartida entre empleadores y empleados. Según este autor, el hecho de que la financiación sea compartida está ligada en parte a la concepción del antiguo derecho romano donde el empleado podía reclamar la responsabilidad del empleador en caso de lesiones acaecidas en el lugar del trabajo ya fuera por negligencia o por accidente. Algunas iniciativas legislativas a nivel federal del siglo XIX o el reconocimiento de la responsabilidad del empleador en el Estatuto Imperial de 1871 parecen apoyar esta tesis.

Gobierno nacional y el *Reichstag* se limitaban a establecer el marco regulatorio al que éstas se debían ceñir (Busse y Blümel, 2014, p. 22).

La Ley de 1883 previó que los asegurados tuvieran derecho a la asistencia sanitaria gratuita, incluyendo tanto la medicación como otros dispositivos médicos. Además, el trabajador podía percibir el 50% del salario durante un máximo de 13 semanas en caso de baja por enfermedad. Asimismo, se proporcionaba a los miembros inscritos prestaciones de maternidad y subsidios por defunción a los familiares dependientes. La Ley también dispuso la extensión de algunos beneficios, como la cobertura a miembros dependientes del asegurado que no trabajasen o el aumento de los beneficios en efectivo, así como la percepción por parte del asegurado de bienes en especie u otras ayudas complementarias (Busse y Blümel, 2014, p. 22).

La cobertura de Seguro Sanitario Estatutario fue aumentando gradualmente, pasando del 10% de la población en 1885 al 51% en 1925. Este hecho se debió tanto a la inclusión de otros sectores profesionales, como los trabajadores del sector comercial y transportes, trabajadores domésticos, agricultores o granjeros, y a la ampliación de la obligatoriedad de inscripción a una caja de enfermedad por parte de aquellos ciudadanos cuya renta no superara un máximo establecido que les permitiera la exención (Busse y Blümel, 2014, p. 24).

El Seguro Sanitario Estatutario no especificó nada acerca de la relación entre las cajas de enfermedad y los proveedores de servicios, dejando esta cuestión bajo el criterio de las cajas. Los médicos eran los que se encargaban principalmente de la provisión de los servicios sanitarios y poco a poco fueron tomando conciencia de la importancia de la regulación de su actividad. De este modo, a partir de la década de 1890, comenzaron a presionar para conseguir una mayor autonomía y unos mayores ingresos, organizándose en grupos de interés (Busse y Blümel, 2014, pp. 26-27). A finales del 1913, el gobierno nacional tuvo que intervenir por primera vez en el conflicto entre las cajas de enfermedad y los médicos, cuyo resultado se estipuló en la "Convención de Berlín". En ella se acordó la formación de comisiones conjuntas, compuestas por médicos y cajas de enfermedad, con el fin de canalizar los conflictos en negociaciones constructivas (Busse y Blümel, 2014, p. 28). La hiperinflación de 1923 impulsó la expiración de este acuerdo y los médicos amenazaban con huelgas y nuevas reivindicaciones. El gobierno respondió con la creación de un órgano conjunto responsable sobre las decisiones de los beneficios y la

prestación de la atención ambulatoria, el "Comité Imperial de Médicos y Cajas de Enfermedad", que aún existe en la actualidad bajo el nombre de "Comisión Mixta Federal" (Busse y Blümel, 2014, p. 28).

A grandes rasgos, en cuanto a organización sanitaria se refiere, esta sería la espina dorsal que ha sobrevivido a importantes acontecimientos históricos: el paso de la Alemania Imperial a la República de Weimar en 1918, la Primera Guerra Mundial, el Nazismo y la división del país en dos estados diferentes tras la Segunda Guerra Mundial, esto último propició la institución de dos sistemas sanitarios que volvieron a fundirse con la reunificación en 1990. A continuación se detallará como estos acontecimientos históricos han modificado la estructura sanitaria hasta alumbrar el actual Sistema Sanitario Alemán.

Durante el periodo del *Nationalsozialismus* o Nazismo (1933 - 1945) el Seguro Sanitario Estatuario no sufrió grandes cambios. En 1936 se dictó una ley que obligaba a las cajas de enfermedad a cubrir la atención hospitalaria de los inscritos en ellas y sus familias; posteriormente, en 1941, se amplió la cobertura a pensionistas (Busse y Blümel, 2014, p. 30).

A pesar de la continuidad estructural del sistema sanitario los principios de la seguridad social fueron gravemente violados en este periodo, ya que la cobertura fue denegada a la población judía y a otras minorías. De igual manera, tanto los médicos como los empleados judíos del Seguro Sanitario Estatuario fueron expulsados del sistema por ley (Busse y Blümel, 2014, p. 30).

Sin embargo, la organización del sector sanitario y el equilibrio de los principales actores sí cambiaron bajo el régimen nacionalsocialista. Las cajas de enfermedad en 1934, los departamentos de salud comunitarios en 1935, las asociaciones de profesionales de la salud y las instituciones de caridad que trabajaban con el bienestar público y la educación sanitaria, de 1933 a 1935, todos ellos fueron centralizados y sometidos bajo la autoridad de un director nombrado por el Partido Nazi (Busse y Blümel, 2014, p. 30).

Como consecuencia, las cajas de enfermedad se debilitaron en detrimento de las asociaciones de médicos. Las asociaciones regionales de médicos del Seguro Sanitario Estatuario y la asociación alemana de médicos del Seguro Sanitario Estatuario se establecieron como corporaciones de derecho público y fueron las encargadas de la negociación colectiva de contratos con las cajas de enfermedad. A estas asociaciones

también se les concedió la decisión sobre el registro de médicos sin negociar previamente con las cajas de enfermedad. El resultado fue un empoderamiento de las asociaciones de médicos, a las que en cambio, les fue tajantemente prohibido manifestarse o convocar huelgas (Busse y Blümel, 2014, p. 31).

Inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, el sistema sanitario así como todos los demás sectores de Alemania se dividieron en dos sistemas separados, cada uno con sus propias estructuras económicas, administrativas, políticas y sociales (Busse y Blümel, 2014, p. 31). Las zonas ocupadas por los aliados pasaron a conformar la República Federal Alemana y la zona de influencia soviética se convirtió en la República Democrática Alemana.

En 1949 el partido Demócrata Cristiano ganó las elecciones en la República Federal Alemana, y para 1955 había logrado restaurar a nivel nacional el sistema sanitario vigente hasta la caída de la República de Weimar, aunque se introdujeron novedades en la coparticipación de las cotizaciones igualando las cuotas entre empleadores (50%) y empleados (50%). Asimismo también se equilibró la representación en los Consejos de Administración de las cajas de enfermedad (Busse y Blümel, 2014, p. 32).

El decenio 1955 - 1965 se caracterizó por la elaboración de reformas estructurales para la contención del gasto sanitario, sin embargo, tanto las propuestas de 1960 como las de 1964 fracasaron. Entre 1965 y 1975 el gasto sanitario aumentó sustancialmente como resultado del aumento de los precios, los salarios de los profesionales sanitarios, los cambios demográficos, el uso de nuevas tecnologías y debido también a la ampliación y modernización de las infraestructuras y los servicios (Busse y Blümel, 2014, p. 33). En 1977 se introdujo la Ley de Contención de Gastos del Seguro de Salud (*Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz*), que puso fin al rápido crecimiento del gasto sanitario, en especial en el sector hospitalario (Busse y Blümel, 2014, p. 33).

Desde 1977 el objetivo principal del sistema se basó en la contención del gasto sanitario, promoviendo que tanto las cajas de enfermedad como los proveedores sanitarios persiguieran una racionalización de éste para intentar igualar el nivel de gasto con el nivel de ingresos. Cumplir este objetivo era de vital importancia en una época de reestructuración económica y de creciente competencia internacional, sobre todo teniendo en cuenta que -como se ha mencionado con anterioridad- las cotizaciones al Seguro

Sanitario Estatuario en este país son pagadas por empleadores y empleados y los posibles aumentos en las cuotas mermarían la competitividad. El impulso en la contención de costes se intensificó aún más después de la reunificación alemana, elaborándose a nivel federal una serie de medidas legislativas destinadas a la contención del coste y a la creación de incentivos (Busse y Blümel, 2014, p. 34).

Por otro lado, en la República Democrática Alemana se asentó un sistema centralizado, donde el 100% de la población estaba cubierta y la mayor parte de los médicos eran empleados estatales. Aunque se mantuvo jurídicamente el principio de coparticipación en relación a las cotizaciones al seguro, la cobertura sanitaria fue administrada exclusivamente por dos cajas de enfermedad: una para asalariados (89%) y otra para trabajadores autónomos (11%). Por tanto, el sistema de seguridad social se redujo sustancialmente (Busse y Blümel, 2014, p. 35).

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer. Comparación entre Alemania del Este/Oeste.

	HOMBRES				MUJERES			
	Alemania	Occidente	Este	Diferencia Este Occidente	Alemania	Occidente	Este	Diferencia Este Occidente
1949/1953	--	64,6	65,1	0,5	--	68,5	69,1	0,6
1980	--	69,9	68,7	-1,2	--	76,8	74,6	-2,2
1990	72	72,6	69,1	-3,5	78,4	79	76,2	-2,8
1991	72,1	72,8	69,3	-3,5	78,7	79,2	76,6	-2,6
1991/1993	72,6	73,1	69,9	-3,2	79,1	79,5	77,2	-2,3
1992/1994	72,7	73,4	70,3	-3,1	79,2	79,7	77,7	-2
1993/1995	73,1	73,5	70,7	-2,8	79,6	79,8	78,2	-1,6
1994/1994	73,3	73,8	71,2	-2,6	79,7	80	78,6	-1,4
1995/1996	73,6	74,1	71,8	-2,3	79,9	80,2	79	-1,2
1996/1997	74	74,4	72,4	-2	80,3	80,5	79,4	-1,1
1997/1999	74,5	74,8	73	-1,8	80,6	80,7	80	-0,7
1998/2000	74,8	75,1	73,5	-1,6	80,8	80,9	80,4	-0,5
1999/2001	75,1	75,4	73,7	-1,7	81,1	81,2	80,6	-0,6
2000/2002	75,4	75,8	74,3	-1,5	81,2	81,5	81	-0,5
2001/2003	75,6	--	--	--	81,6	--	--	--

Fuente: HiT 2000, Federal Statistical Office (2003 y 2004). [Como se citó en Busse y Riesberg, 2004, p. 10].

Debido a la insuficiente financiación e inversión en nuevas tecnologías y a la escasez de personal sanitario cualificado, la atención sanitaria en la Alemania del Este sufrió una ralentización que le llevó a perder el ritmo de los estándares occidentales durante la

década de los años 70; situación que empeoró aún más en la segunda mitad de la década de los 80 (Busse y Blümel, 2014, p. 35). En la tabla anterior se pueden comparar los datos de esperanza de vida al nacer en la República Democrática y en la República Federal. Tal y como se ha expuesto en la primera parte de este capítulo, el caso alemán corrobora que el estado de salud de una población depende fuertemente de varios condicionantes que tienen que ver con el bienestar, la libertad o el equilibrio político-social del país.

En 1990 el nuevo gobierno transitorio de Alemania del Este y el gobierno de Alemania Occidental firmaron el Tratado de Reunificación. En el proceso de adhesión la antigua Alemania del Este fue totalmente anexionada a los sistemas vigentes en la Alemania Occidental, lo que significó, en cuanto a organización sanitaria se refiere, la caída del sistema centralizado en Alemania del Este pero comportando cambios importantes también en la Alemania Occidental.

El Tratado concedió a los policlínicos de la antigua República Democrática Alemana un periodo de cinco años para negociar su futuro con las cajas de enfermedad y con la asociación regional de médicos del Seguro Sanitario Estatutario (Busse y Blümel, 2014, p. 36). Como consecuencia las cajas de enfermedad de la parte occidental se expandieron rápidamente a la antigua Alemania del Este y el 91% de los médicos de la Alemania Democrática, que habían trabajado como funcionarios estatales en ambulatorios públicos, abrieron sus propios estudios profesionales. En cuanto a los ambulatorios situados en Berlín y Brandeburgo, conocidos como "centros de salud", sólo algunos de ellos siguieron funcionando como cooperativas. El entero proceso de modernización fue sostenido económicamente por el gobierno federal y tuvo como objeto la renovación de las infraestructuras sanitarias, como son los hospitales y residencias (Busse y Blümel, 2014, p. 37).

El fin principal de las reformas que siguieron a la reunificación fue la contención del gasto en términos de racionalización, tratando de evitar efectos contraproducentes sobre la equidad y la calidad (Busse y Riesberg, 2004, p. 26); lo que supuso una aceleración de las reformas durante la década de los 90.

La política sanitaria bajo el Gobierno Demócrata-Liberal, en el poder desde 1982 hasta 1998, estuvo marcada, especialmente en el último decenio, por la introducción de reformas caracterizadas por una mayor intervención del Gobierno con el objetivo de

frenar el gasto en todos los sectores de la atención sanitaria (Busse y Blümel, 2014, p. 37). Entre las normas más importantes de este periodo destacan la Ley de la Estructura de la Atención Sanitaria (aprobada en 1992 como resultado de un acuerdo entre los dos grandes partidos alemanes, el partido Socialdemócrata y el partido Unión Cristianodemócrata), la Ley de Exoneración del Índice de Contribución al Seguro Sanitario (aprobada en 1996) y la Ley de 1997 sobre la Reestructuración del Primer y Segundo Estatuto del Seguro Sanitario (que se caracterizaron por la exclusión de algunos servicios sanitarios, elevando de esta manera el gasto directo de los ciudadanos) (Busse y Riesberg, 2004, p. 26).

Además del control del gasto, las reformas se centraron también en la reglamentación a favor de la competitividad de las cajas de enfermedad y hospitales (Busse y Riesberg, 2004, p. 26). En 1996 se introdujo la libertad de elección por parte del ciudadano, al que desde ese momento, además de poder elegir su seguro sanitario, se le concedió la oportunidad de cambiar de caja de enfermedad, si así lo consideraba oportuno. Hasta esa fecha la afiliación había estado determinada por el tipo de profesión desempeñada. Para ello se introdujo un esquema de compensación de riesgo entre las cajas de enfermedad, con el objetivo de redistribuir las cuotas, de tal modo que se compensaran las diferencias de renta y morbilidad de los asegurados (Velasco, Wörz y Busse, 2004, p. 294). El Gobierno pretendía con esta política fomentar la libre competencia mediante la introducción de elementos típicos del mercado, como por ejemplo premiar a los asegurados con parte de la devolución de su cuota si no habían hecho uso de los servicios durante un periodo, dado que las cajas no podían competir a nivel del catálogo de prestaciones, que era preestablecido por ley y debía ser respetado (Velasco et al., 2004, p. 294).

La política sanitaria, desde 1998 hasta septiembre de 2005, llevada a cabo por el gobierno socialdemócrata y de los verdes se puede diferenciar en tres etapas:

- 1998 a 2000: el Gobierno derogó la mayoría de la regulación aprobada en 1996 y 1997, reemplazándola por otras políticas de contención del coste sanitario dirigidas a los proveedores (Busse y Blümel, 2014, p. 38).
- 2000 a 2003: periodo en el que el Gobierno introdujo algunas normas después de una serie de consultas a una amplia gama de actores. Algunos ejemplos son la

legislación sobre los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) como sistema de pago en los hospitales o la reforma que extendió el esquema de compensación de riesgos entre cajas de enfermedad (Busse y Riesberg, 2004, p. 27).

- 2004: Aprobación de la Ley de Modernización del Seguro Sanitario Estatutario. Esta ley es sin duda el hito más relevante en política sanitaria durante el mandato de los socialdemócratas y verdes. La aprobación de esta ley llegó después de un proceso político de negociación con la Unión Cristianodemócrata, representando un compromiso donde ambos partidos se vieron obligados a ceder parte de sus posiciones. Los objetivos principales de esta reforma fueron contener el gasto sanitario y frenar el crecimiento de las cotizaciones a las cajas de enfermedad por parte de las empresas (Velasco et al., 2004, p. 288).

Con estas medidas se pretendía exonerar a los empleadores del aumento continuo que suponían las contribuciones a las cajas de enfermedad y para ello se necesitaba transferir esos costes hacia otras fuentes de financiación. Como consecuencia, la reforma introdujo un incremento en los copagos para los usuarios, a través de la coparticipación del gasto farmacéutico y del pago de un ticket moderador en la asistencia ambulatoria (Velasco et al., 2004, pp. 288-289). Además, el Seguro dejó de cubrir algunos servicios sanitarios que, a partir de ese momento, sólo serían provistos a través de la ampliación de un seguro adicional contratado con la caja de enfermedad. Pero la característica más importante de esta reforma fue el quebrantamiento del principio de paridad en la financiación del gasto sanitario entre empleadores y empleados, en detrimento de estos últimos, 43,6% y 53,7% respectivamente (Velasco et al., 2004, p. 289).

Después de la celebración de las elecciones en septiembre de 2005, el Partido Socialdemócrata y la Unión Cristianodemócrata formaron gobierno a través de la llamada "Gran Coalición". Los dos partidos eran conscientes de la necesidad de una reforma pero partían de perspectivas muy diferentes (Busse y Blümel, 2014, p. 38). Los socialdemócratas habían propuesto durante la campaña electoral el *Bürgerversicherung* (literalmente, Seguro del Ciudadano), con el que se pretendía extender la obligación de adhesión al Seguro Sanitario Estatutario a todos los ciudadanos, incluso los excluidos por sobrepasar el nivel de renta, y de esta manera el sistema pasaría a financiarse en base a las rentas de los todos ciudadanos. Por otro lado, los democristianos abogaron por una prima per cápita combinada con una contribución del empleador fijo, basada en el salario

bruto del empleado, mientras que para aquellas personas que no pudieran pagarse la prima se establecerían subsidios financiados a través de impuestos generales (Busse y Blümel, 2014, p. 39).

A partir de estas posiciones, los dos partidos negociaron la ley más controvertida del sistema sanitario alemán, la llamada Ley de Fortalecimiento de la Competición del Seguro Sanitario Estatutario aprobada en 2007 e implementada en 2009 (Busse y Blümel, 2014, p. 39). Esta reforma supuso cambios estructurales en el sistema, como la introducción de un Fondo central de la Sanidad que recibiría contribuciones de acuerdo a una tasa de cotización universal. La asignación de fondos entre las cajas de enfermedad se estableció de acuerdo a un esquema de compensación de riesgo, basado en criterios de morbilidad de los afiliados. Además de estas medidas, las cajas de enfermedad con superávit están obligadas a devolver a sus afiliados las cantidades por las cotizaciones complementarias a través de primas, exenciones o pagos de cantidades determinadas. Otra de las características más importantes fue la extensión de la cobertura del Seguro a todos los residentes y la obligación legal exigida a las aseguradoras privadas de salud de ofrecer una "tarifa básica" a los ciudadanos con una renta baja. Por último, comentar que esta reforma ha supuesto también un intento en la reorganización de las asociaciones de las cajas de enfermedad y ha impulsado igualmente una reforma de pagos a los proveedores de la atención ambulatoria (Busse y Blümel, 2014, p. 39).

Después de las elecciones de 2009 se formó otro gobierno de coalición entre Demócratas y Liberales hasta 2013. Durante este periodo se dio luz verde a la Ley de Financiación del Seguro Sanitario Estatutario y la Ley sobre la Reforma del Mercado Farmacéutico. La primera quiso impulsar los ingresos del sistema sanitario, elevando la tasa de contribución universal, mientras que la segunda introdujo una evaluación en beneficio de nuevos productos farmacéuticos, de forma que hubiera una gama más amplia de productos y aumentara la competitividad (Busse y Blümel, 2014, p. 39).

Desde diciembre de 2013 se ha sucedido en el poder otra gran coalición (la Unión Demócrata Cristiana, la Unión Socialdemócrata de Baviera y el Partido Social democrático) cuya política sanitaria se centra en nuevas iniciativas para mejorar la calidad de la atención, haciendo especial hincapié en el sector hospitalario (Busse y Blümel, 2014, p. 40). Destacar que en el momento de la redacción de trabajo de investigación no ha sido

posible profundizar sobre cómo se desarrollarán las políticas y futuras reformas que este nuevo gobierno pretenda promover.

2.2.3. Organización de Seguro Sanitario Estatutario (*Gesetzliche Krankenversicherung-GKV*).

El sistema sanitario alemán es predominantemente público y gira en torno al Seguro Sanitario Estatutario (*Gesetzliche Krankenversicherung*) que, como ya se ha explicado en el epígrafe anterior, fue establecido en 1883 por el Canciller Otto Von Bismarck. A pesar de los difíciles eventos históricos que Alemania ha tenido que afrontar durante el siglo pasado, el Seguro Sanitario Estatutario ha mantenido su esencia y se ha desarrollado, extendiendo su carácter obligatorio a toda la población³⁵.

Dicho seguro, según datos de 2012, cubre a 70 millones de personas, que representan el 85% del total de la población, de los que el 35% son afiliados obligatorios, el 18% familiares a cargo de los afiliados obligatorios, el 21% lo representan los pensionistas, el 2% los dependientes de los pensionistas, el 5% son los afiliados voluntarios y el 4% sus familiares a cargo (Busse y Blümel, 2014, p. 19).

Desde su creación el Seguro Sanitario Estatutario se ha apoyado en un sistema de cajas de enfermedad (*Krankenkassen*), que posibilitaban a través de sus gestiones la cobertura a la población inscrita en el Seguro. Hasta 1996 la afiliación a las cajas de enfermedad estaba determinada por el tipo de profesión, sin embargo, a partir de esta fecha los ciudadanos pueden elegirla libremente (Velasco et al. 2004, p. 294). Las cajas de enfermedad y sus asociaciones forman parte del esquema del Seguro Sanitario Estatutario y junto a las asociaciones de médicos, que participan en el entramado del sistema como proveedores, han asumido condición de corporaciones cuasi-públicas. Estos organismos corporativistas conforman las estructuras autorreguladas que gestionan la financiación y la prestación de los servicios sanitarios cubiertos por el Seguro Sanitario Estatutario dentro del marco legal establecido (Busse y Blümel, 2014, p. 19).

³⁵ Con la implementación de la Ley de fortalecimiento de la Competición del Seguro Sanitario Estatutario, a partir de 2009 todos los ciudadanos residentes, incluidos los que hasta ese momento estaban exentos por superar un cierto nivel de renta (49.000 euros anuales, en 2010), están obligados a inscribirse a un seguro sanitario. Estos últimos se pueden adherir a una de las cajas de enfermedad del sistema público o contratar un seguro privado.

En el epígrafe anterior se ha expuesto cómo en Alemania los gobiernos han delegado tradicionalmente una serie de funciones regulatorias propias del Estado, como la provisión de los servicios sanitarios o la financiación de los mismos, a organizaciones corporativas autorreguladas, como son los casos de las asociaciones de médicos y las cajas de enfermedad. Esta es una característica fundamental del sistema político alemán que trasciende de igual manera al sistema sanitario, donde prevalece un sistema de reparto del poder en la toma de decisiones entre el Gobierno Federal, los *Länder* y las organizaciones civiles legitimadas (Busse y Blümel, 2014, p. 19).

2.2.4. Los principales actores del sistema sanitario alemán.

A continuación se exponen los diferentes actores que operan en la organización del sistema de atención sanitaria en Alemania. Acorde a la separación de poderes se pueden distinguir tres sujetos: las autoridades federales, los *Länder* y los niveles corporativistas (Busse y Blümel, 2014, p. 41).

a. Nivel Federal.

La Asamblea Federal (*Bundestag*), el Consejo Federal (*Bundesrat*) y el Ministerio Federal de Salud (*Bundesministerium für Gesundheit*) son los actores principales que actúan a nivel federal en el sistema sanitario alemán. Ninguno de ellos está directamente implicado en la prestación de servicios del sistema sanitario ni como financiador, ni como propietario de las corporaciones y asociaciones que proveen los servicios sanitarios. Pero, en cambio, se alzan como actores garantes del sistema, definiendo las reglas con las que el resto de actores pueden moverse, ya sea en la provisión del servicio que en la financiación de éste. Para ello, como se verá a continuación, se crean una serie de entes en los que se apoyan para controlar y verificar la gestión de las cajas de enfermedad, las asociaciones de médicos y otras corporaciones implicadas en el sistema.

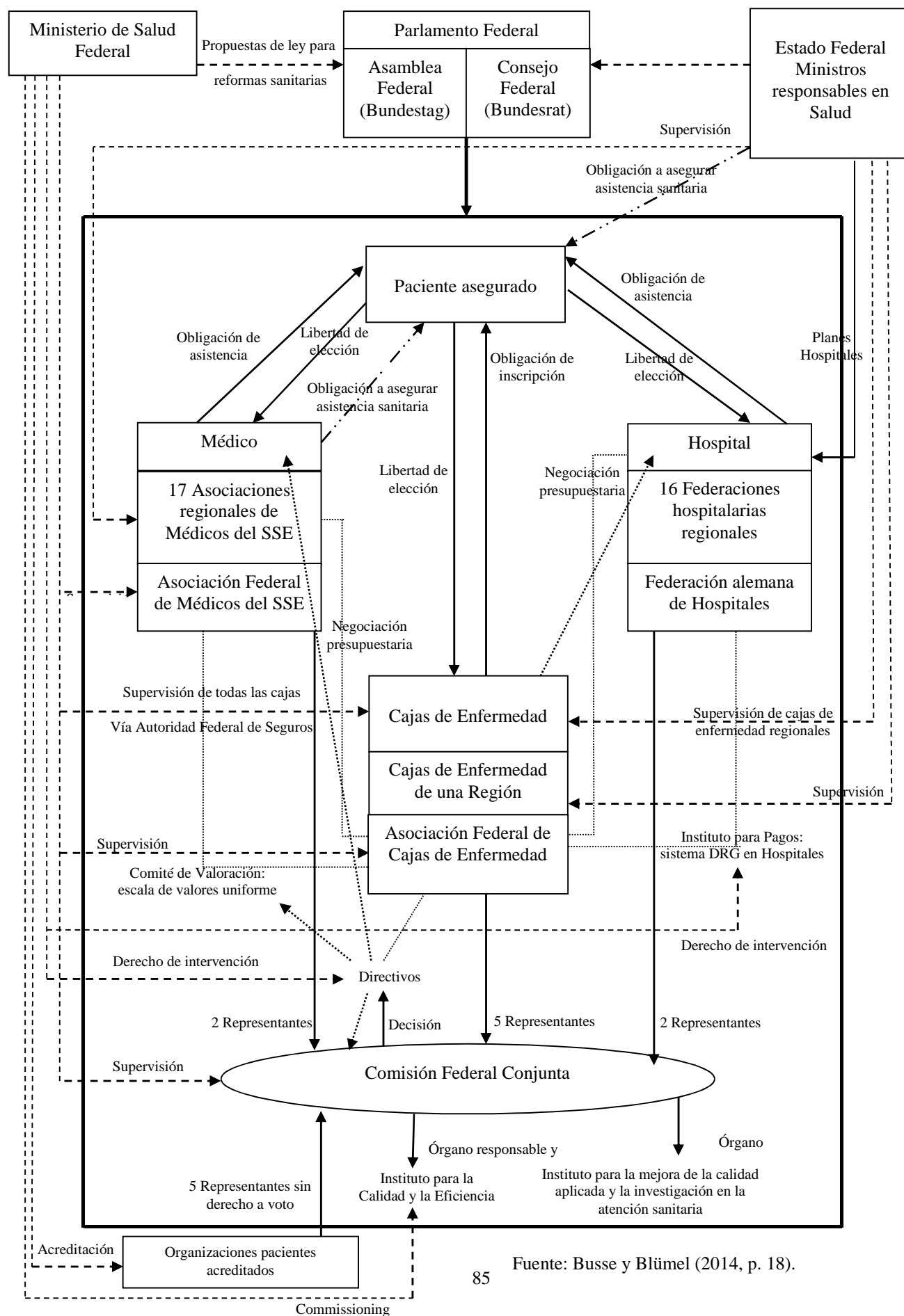
Por tanto, la función principal del Ministerio de Sanidad alemán, aunque queda excluido de cualquier función administrativa directa, es la de garantizar el gobierno y el buen funcionamiento del sistema, definiendo las normas de base del propio sistema. De igual manera, también supervisa la normativa derivada a nivel corporativo, controlando que ésta respete lo establecido en las diferentes leyes sanitarias a nivel nacional.

Desde 2014, el Ministerio de Salud se organiza en seis departamentos (Busse y Blümel, 2014, p. 41):

- El Departamento Central de Política Sanitaria Internacional y Europea.
- El Departamento de Asuntos Políticos Fundamentales y Telemáticos.
- El Departamento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Biotecnología.
- El Departamento de la Asistencia Sanitaria de Seguro Sanitario Estatutario.
- El Departamento de Protección de la Salud, Control de Enfermedades y Biomedicina.
- El Departamento de Asistencia a Largo Plazo y Prevención.

También cuenta con el asesoramiento de una serie de comités *ad hoc*, como el Consejo Asesor para la Evaluación de la Evolución de la Salud, y es asistido por una serie de agencias³⁶ que, estando subordinadas a él, le auxilian en las funciones de concesión y supervisión de licencias, en los trabajos de consultoría científica y en los servicios de información que presta a la población y a la comunidad científica (Busse y Blümel, 2014, pp. 41-42).

³⁶ El Instituto Federal de Medicamentos y Productos Sanitarios; el Instituto Paul Ehrlich (responsable para las licencias de vacunas y biomedicina); el Instituto Robert Koch (responsable de la supervisión, detección y control de enfermedades); el centro federal de educación sanitaria; el Instituto alemán de información y documentación médica.

Figura 13. Relaciones organizativas de los actores clave en el Sistema Sanitario Alemán.

Fuente: Busse y Blümel (2014, p. 18).

Existen otras instituciones consideradas relevantes para el sistema sanitario a nivel federal, tal es el caso de la Autoridad de Supervisión Financiera, responsable de la supervisión de los seguros privados, y de la Autoridad Federal de Seguros, que supervisa la legalidad de las decisiones tomadas por las corporaciones encargadas de la gestión de los diferentes seguros obligatorios. Además esta última ostenta otras funciones, siendo también responsable de la gestión del Fondo de Reasignación Central, el esquema de ajuste de riesgo de las cajas de enfermedad y del programa de gestión de enfermedades (Busse y Blümel, 2014, p. 42).

b. Nivel de los Estados Federados - *Länder*.

El sistema federal alemán está constituido por 16 *Länder*, cada uno de ellos dotado de un gobierno regional. Sin embargo, ninguno de los *Länder* tiene un ministro regional de salud, sino que las competencias sanitarias suelen estar repartidas entre varios departamentos o Ministerios del Estado Federal, como pueden ser asuntos sociales, trabajo o protección al consumidor. La distribución de competencias entre dichos departamentos dependerá del esquema y la organización de cada uno de los *Länder* (Busse y Blümel, 2014, p. 43).

Entre las competencias en materia sanitaria que corresponden a este nivel de gobierno destaca la promoción de la salud y la higiene, siendo responsable de la definición de la programación y supervisión de los servicios de sanidad pública. Aunque algunos de los *Länder* llevan a cabo estos servicios por sí mismos, la gran mayoría han delegado esta competencia a los gobiernos locales (Busse y Blümel, 2014, p. 60). Son también responsables de las inversiones de capital para los hospitales estatales. Las inversiones se realizan de acuerdo a las prioridades de los gobiernos de los *Länder* y con independencia de la propiedad del hospital. Mientras que el *Länder* se hace cargo de las grandes inversiones, como puede ser la construcción de edificios, la responsabilidad de financiación relativa al mantenimiento de éstos recae en las cajas de enfermedad (Busse y Blümel, 2014, p. 60).

A este nivel también le corresponde la coordinación y gestión de las profesiones sanitarias, siendo el responsable de los grados de medicina, odontología y farmacia. De igual manera, supervisa tanto las Cámaras regionales de los médicos como las

asociaciones regionales de médicos del Seguro Sanitario Estatutario, así como las cajas de enfermedad que operan dentro de cada *Länder* (Busse y Blümel, 2014, p. 60).

Cada *Länder* se apoya en diferentes órganos que le permiten desarrollar y coordinar su actividad, como el grupo de trabajo estatal de altos funcionarios que trabajan en el campo de la salud o la Conferencia de Consejeros o Ministros regionales encargados de la salud (Busse y Blümel, 2014, p. 60).

c. Nivel corporativo.

Las asociaciones regionales y federales de médicos y dentistas, como entes proveedores, y las cajas de enfermedad junto a la asociación federal de las cajas de enfermedad, como entes pagadores, son los principales actores del sistema de autogobierno del Seguro Sanitario Estatutario a nivel corporativo (Busse y Blümel, 2014, p. 43). Tanto los entes proveedores como los pagadores están representados en la Comisión Federal Conjunta, anteriormente denominada Comisión Mixta Federal, órgano referente en la toma de decisiones del Seguro Sanitario Estatutario.

La Comisión Mixta Federal se estableció en 1955, aunque, como se anticipó en el primer epígrafe, su génesis se remonta a 1924 con la creación del "Comité Imperial de Médicos y Cajas de Enfermedad" como respuesta a los desacuerdos surgidos entre médicos y cajas de enfermedad durante la hiperinflación de los años 20 (Busse y Blümel, 2014, p. 28). La Comisión Mixta Federal hasta el año 2000 estuvo constituida por representantes de las asociaciones regionales de médicos, por las asociaciones regionales de cajas de enfermedad y por las asociaciones federales de ambos. Se creó una comisión similar para el sector hospitalario, ya que hasta ese momento la interacción entre la asistencia primaria y hospitalaria era incompleta. Esta comisión hospitalaria se coordinaba con la Comisión Mixta bajo la dirección de un consejo. La Ley de Modernización de 2004 unificó las dos comisiones (sector ambulatorio y sector hospitalario) y el consejo de coordinación estableciendo la llamada Comisión Federal Conjunta (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) (Velasco et al. 2004, p. 292), que desde entonces está formada no sólo por representantes de las asociaciones federales de los entes proveedores y pagadores, sino también por la Federación Alemana de Hospitales (*Deutsche Gesellschaft Krankenhaus*).

Este órgano, que reemplazó todas las anteriores comisiones, es la institución donde se concentran la mayor parte de las funciones de autogobierno del sistema sanitario alemán y, por tanto, del proceso de decisión de la política sanitaria; aunque la mayoría de las decisiones se toman en los Comités sectoriales que la componen, donde proveedores, pagadores y usuarios están representados (Velasco et al., 2004, p. 293).

Nivel Corporativo: Los Proveedores - Asociaciones de Médicos y Hospitales.

Los médicos que tratan a los pacientes del Seguro Sanitario Estatutario deben estar previamente acreditados por el sistema y obligatoriamente inscritos a las asociaciones regionales de médicos, corporaciones cuasi-públicas que representan los intereses de éstos en el sistema. A su vez, las asociaciones regionales de médicos están representadas por la Asociación Federal de Médicos (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*), que también es una corporación cuasi-pública. Al igual que las asociaciones regionales, tiene como objetivo representar los intereses de los médicos pero a nivel federal (Busse y Blümel, 2014, p. 44).

En cada *Länder* existe una asociación regional de médicos, a excepción del *Länder* de Renania del Norte-Westphalia donde hay dos. Desde 2005 los miembros de la junta directiva de estas asociaciones son elegidos por una asamblea de delegados y se dedican a tiempo completo a la asociación con el fin de profesionalizar estas instituciones. El sistema electoral de representación fue sustituido de mayoritario a proporcional para poder representar más eficazmente los intereses de todos los médicos que ofrecen sus servicios al Seguro Sanitario Estatutario. A finales de 2012 las asociaciones regionales de médicos sumaban en total 141.038 miembros (Busse y Blümel, 2014, p. 44).

Los hospitales, en cambio, están representados por organizaciones de derecho privado. Con el tiempo han adquirido, como consecuencia de las reformas, más responsabilidades y más poder en la toma de decisiones dentro del Seguro Sanitario Estatutario (Busse y Blümel, 2014, p. 44). La Federación Alemana de Hospitales es el ente que acoge a las 16 organizaciones de los estados federados y a las 12 asociaciones de hospitales cuya composición por tipología es variada, ya que forman parte de ellas tanto hospitales universitarios, como públicos e incluso instituciones privadas con fines de lucro (Busse y Blümel, 2014, p. 45). La Federación Alemana de Hospitales, además de representar los intereses de éstos en las relaciones con las otras partes interesadas y el gobierno federal,

elige a los representantes que tomarán parte en la Comisión Federal Conjunta (Busse y Blümel, 2014, p. 45).

Nivel Corporativo: Los pagadores - Las Cajas de Enfermedad.

Las cajas de enfermedad son los sujetos que ostentan la función de pago en el sistema del Seguro Sanitario Estatutario. Éstas son corporaciones cuasi públicas sin ánimo de lucro y las contribuciones que reciben por parte de empleadores y empleados son de carácter obligatorio y fijadas por ley (Busse y Blümel, 2014, p. 47). Aunque este tema será tratado en los siguientes epígrafes es importante precisar que después de la reforma de la financiación del sistema en 2009 se ha modificado la aportación y el flujo de las contribuciones.

En enero 2014 Alemania contaba con 132 cajas de enfermedad ofreciendo cobertura a más de 69.900.000 millones de personas. De éstas, 100 son cajas de enfermedad abiertas, a las que los ciudadanos pueden inscribirse independientemente de cuál sea su ocupación profesional, y en 10 de ellas están concentrados los dos tercios de los usuarios (Busse y Blümel, 2014, p. 45). En base a la afiliación, las cajas de mayor tamaño son: la *Techniker Krankenkasse* (con 8.700.000 asegurados), seguida de la *Barmer GEK* (con 8.600.000) y la *Deutsche Angestellten Krakenkasse* (con 6.600.000 millones) (Busse y Blümel, 2014, p. 45).

La mayoría de las cajas poseen un consejo directivo con dos directores que trabajan a tiempo completo, responsables de las gestiones del día a día, y un consejo administrativo que elige a los miembros del consejo directivo, adopta los estatutos de la caja de enfermedad y da el visto bueno al presupuesto de ésta (Busse y Blümel, 2014, p. 47).

Como consecuencia de la aprobación de la Ley de Fortalecimiento de 2004, las cajas de enfermedad en lugar de ser representadas por las asociaciones existentes a nivel federal pasaron a serlo por la Asociación Federal de Cajas de Enfermedad, que, a través de los 5 miembros que participan en la toma de decisiones en la Comisión Federal Conjunta, defiende los intereses de las cajas y aborda los problemas a los que éstas tienen que enfrentarse (Busse y Blümel, 2014, pp. 45-47).

Nivel Corporativo: Otros actores del sistema.

En el apartado anterior se han identificado las corporaciones cuasi-públicas que a nivel corporativo forman parte del sistema sanitario como actores institucionalmente reconocidos. Sin embargo, además de éstas existe una extensa red de organizaciones voluntarias que también tienen intereses en el campo de la salud.

La Alianza de Sociedades Médicas y Científicas (*Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften*) acoge a más de 150 organizaciones de médicos y científicos, que fuera del dominio corporativo institucional se organizan en entes profesionales o en grupos lobistas. Existen muchas otras asociaciones y organizaciones, como la Asociación Alemana de Psicólogos o como la Asociación Alemana de Enfermeras, que agrupa distintas organizaciones y asociaciones de enfermeras a lo largo del país. Junto a estas asociaciones también se encuentran las Cámaras Regionales de Farmacéuticos y otras asociaciones que representan a la industria farmacéutica (Busse y Blümel, 2014, pp. 49-51). Todas estas asociaciones y organizaciones se reúnen como grupos de interés en torno al sistema pero respetando las reglas impuestas a nivel federal.

En relación al sector privado, 43 de los principales proveedores del Seguro Sanitario Privado están representados en la Asociación de Empresas Privadas de Seguros de Salud (*Verband der privaten Krankenversicherung*). Esta asociación es conocida como un poderoso grupo de presión en el sector sanitario. De los 43 seguros privados, 24 están presentes en el mercado de valores y los otros 19 son mutuas aseguradoras (Busse y Blümel, 2014, p. 51).

Desde 2009 la inscripción a un Seguro Sanitario es obligatoria. Los ciudadanos pueden optar por el sistema público o por contratar una póliza con un seguro privado, pero no pueden pasarse al público si han elegido estar en el privado. De esta manera se evitan los posibles abusos que se puedan dar en el sistema. El cálculo de las cotizaciones de los afiliados del seguro privado se basa en función del riesgo sanitario individual; es decir, la edad, sexo y estado de salud del asegurado en el momento de la contratación de la póliza y no del nivel de ingresos del asegurado.

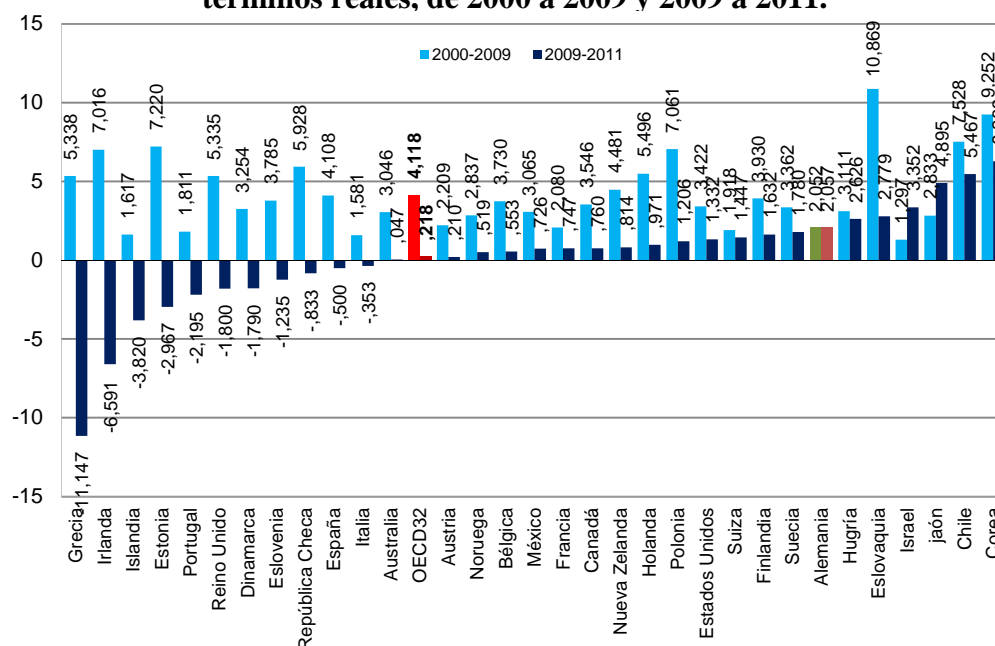
2.2.5. Gasto sanitario y Financiación.

Alemania es el país de la Unión europea que más recursos como porcentaje del PIB destina para financiar su sistema sanitario. Exactamente, el 11,3% en 2012, colocándose

2 puntos porcentuales por encima de la media de la OCDE. En gasto per cápita ocupa el 9º puesto, con una media de 4.495 US\$PPP dólares por paridad de compra (1058 privado y 3436 público) (OCDE, 2013c, p.1; OCDE, 2014b, p. 1). En relación al gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total en 2012, éste fue del 76,7%, mientras que los pagos directos (sólo ciudadanos) sobre el gasto sanitario total fueron del 12,9% (OCDE, 2014a).

El crecimiento medio anual del gasto sanitario en Alemania ascendió alrededor un 2,1% en el periodo 2000-2009, mientras que en los países³⁷ de la OCDE durante ese mismo periodo el promedio fue del 4,1%. A pesar de que, como consecuencia de la crisis económica, algunos países europeos tuvieron que reducir su gasto sanitario, Alemania ha mantenido en el 2,1% en el periodo de 2009 a 2011 tal y como se puede observar en la figura.

Figura 14. Tasa de crecimiento medio anual del gasto sanitario per cápita, en términos reales, de 2000 a 2009 y 2009 a 2011.



Fuente: OCDE (2013d)

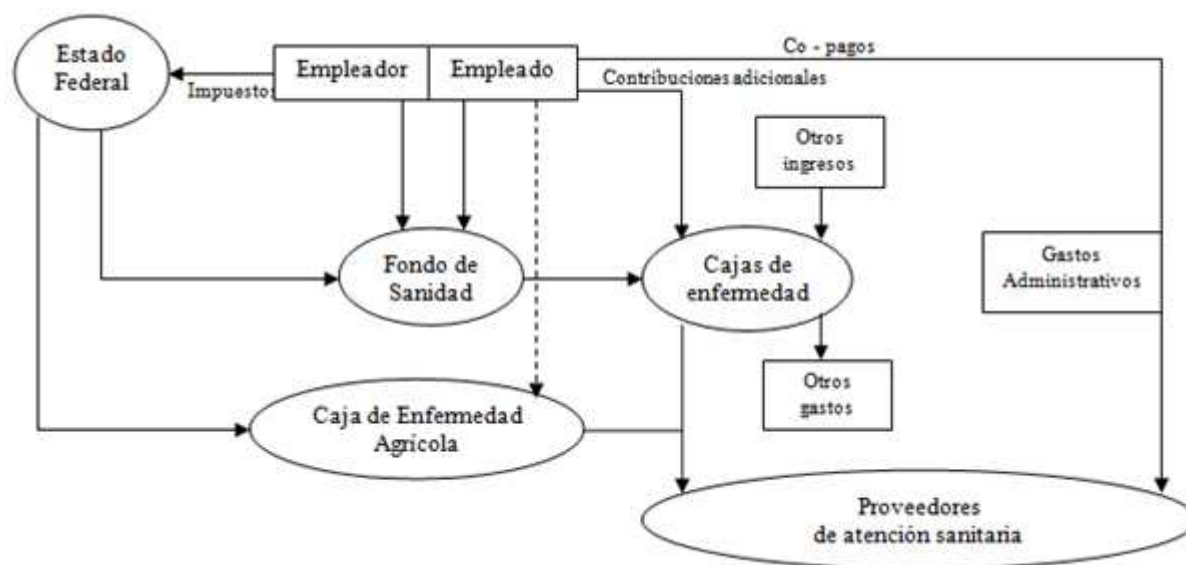
ción del sistema sanitario alemán, el Seguro Sanitario Estatutario es la fuente principal de financiación cubriendo al 85% de la población (Busse y Blümel, 2014, p.115).

³⁷ Estados Unidos, Holanda, Francia, Alemania, Canadá, Dinamarca, Suiza, Austria, Bélgica, Nueva Zelanda, Portugal, Japón, Suecia, Reino Unido, España, Noruega, Italia, Grecia, Islandia, Finlandia, Australia, Irlanda, Eslovenia, Luxemburgo, Eslovaquia, Hungría, Israel, Chile, República Checa, Corea, Polonia, México, Turquía y Estonia.

En 2012 el Seguro Sanitario Estatutario financió el 57% del gasto sanitario total, seguido de la aportación realizada por los ciudadanos (*out of pockets*) y ONGs, con una aportación del 14%, y por el Seguro Sanitario Privado, con el 9%. El 20% restante se reparte entre otros sistemas de seguros, ya sean de atención de larga duración (8%), de accidentes (2%) o vejez (1%), y la aportación realizada por los empleadores (4%) o a través de impuestos (5%) (Busse y Blümel, 2014, p.117).

El Seguro Sanitario Estatutario se financia en gran medida a través de las cotizaciones que reciben las 132 cajas de enfermedad. Éstas son responsables de recaudar las contribuciones de los empleadores y empleados para después transferirlas a un fondo central, junto a otros impuestos y otros ingresos de tipo marginal. Este fondo, introducido en 2009 y conocido como Fondo de Sanidad, es administrado por la Autoridad Federal de Seguros (Busse y Blümel, 2014, p.123).

Figura 15. Flujos financieros en el Seguro Sanitario Estatutario (2010).



Fuente: Busse y Blümel (2014, p.119).

Hasta 2008 las cajas de enfermedad definían sus propias tasas de cotización, pero a partir de 2009, el Gobierno Federal estableció un tipo de cotización uniforme para todas (Busse y Blümel, 2014, p.123). El porcentaje de cotización de la empresa y el trabajador se calcula en base al tipo único de cotización, que para 2011 fue del 15,5%, el 8,2% a cargo del trabajador y el 7,3% a cargo del empresario (Parcet, 2011, p. 288). Las cotizaciones recaudadas más las subvenciones estatales se transfieren a una bolsa común, el Fondo de Sanidad. La suma total se distribuye entre las diferentes cajas de enfermedad, a las que se

les asigna una cantidad global por afiliado, más un suplemento en función de la morbilidad de los mismos (Parcet, 2011, p. 288).

Las cajas de enfermedad no pueden incurrir en déficit o acumular deudas, sino que están obligadas a recaudar los fondos necesarios para hacer frente a la subida del coste de la sanidad a través de cuotas complementarias a los afiliados. De hecho, si las necesidades financieras de las cajas no están cubiertas por la cotización vinculada a los ingresos, éstas están autorizadas a cobrar una cotización adicional que no esté vinculada a los citados ingresos (Busse y Blümel, 2014, p. 123).

Se trata de un sistema en régimen de reparto y no caputivo, es decir, que las prestaciones de un periodo concreto se han de financiar con las aportaciones recaudadas en ese mismo periodo. Por tanto, las cajas con superávit están obligadas a reembolsar a sus afiliados una parte de las primas y, si por el contrario, las cantidades asignadas no son suficientes para cubrir la asistencia, como anteriormente se ha explicado, se deben recaudar cuotas suplementarias. En ese caso la cuota que se establece es adicional e independiente al nivel de ingresos de los afiliados y no fluiría en el fondo sanitario, ya que se paga directamente a la caja (Busse y Blümel, 2014, p. 123; Parcet, 2011, p. 288).

En el caso de que la caja de enfermedad incurra en un desequilibrio financiero grave que pueda socavar su funcionamiento y que, por tanto, se corra el peligro de suspender el pago y provisión de los servicios sanitarios, la ley establece la obligación de brindarle apoyo financiero (Busse y Blümel, 2014, p. 123).

2.3. Sistema Sanitario Suizo.

2.3.1. Introducción.

Suiza es una república federal compuesta por 23 cantones, 3 de los cuales están subdivididos por razones históricas. Debido a esta particularidad, son 26 la totalidad de entidades territoriales completamente soberanas en todas aquellas materias que no hayan sido específicamente asignadas a la Confederación Helvética por la Constitución Federal (OMS, 2000a, pp. 1-3). Según datos de Eurostat, Suiza contaba en 2012 con una población de más 8 millones de habitantes, mientras que gasto sanitario total por cápita alcanzó los 5.643 US\$PPP, el gasto total como porcentaje del PIB se situó en el 11,3%.

A nivel federal el poder legislativo reside en el Parlamento bicameral, mientras que el poder ejecutivo lo ostenta el Consejo Federal. El Parlamento se compone de dos cámaras: el Consejo Nacional, formado por 200 miembros elegidos bajo un sistema de representación proporcional a la población de cada cantón, y el Consejo de los Estados, constituido por 46 miembros, con 2 representantes por cada cantón, independientemente de las dimensiones de éstos. Ambas cámaras son elegidas cada 4 años y son denominadas Asamblea Federal cuando se reúnen en sesión conjunta. El gobierno se constituye en el Consejo Federal, órgano compuesto por siete miembros elegidos por la Asamblea Federal para un mandato de 4 años. El Presidente de la Confederación es elegido de entre estos siete miembros también por la Asamblea Federal por un periodo de un año sin posibilidad de renovar (OMS, 2000a, p. 3).

A nivel cantonal, el poder legislativo es unicameral y el poder ejecutivo está formado por un grupo colegiado de entre 5 y 9 miembros. Cada cantón tiene su propia constitución y emana legislación en aquellas materias que la Constitución Federal le permite. Este hecho provoca que, en lugar de un sistema sanitario, en Suiza se den 26 microsistemas (OMS, 2000a, p. 3).

En cualquier caso, la mayoría de los actores institucionales están involucrados en la organización de la salud: el nivel federal posee las competencias para la definición de las reglas y el modelo general, mientras que a nivel cantonal y municipal se ocupan de la gestión y el control de éste.

2.3.2. Evolución histórica y sus reformas.

Las raíces del sistema sanitario suizo se remontan a finales del siglo XIX, cuando el gobierno federal recibe un mandato constitucional en 1890 con el fin de legislar para todo el país la instauración de un seguro de enfermedad y accidentes, iniciativa que terminaría por ser rechazada mediante referéndum³⁸ en 1899 (OMS, 2000a, p. 6).

³⁸ Desde la creación de la Confederación Helvética se estableció la modalidad de democracia directa a través de peticiones o referéndums como parte de la normalidad político-institucional, a las que se puede recurrir a iniciativa voluntaria de los ciudadanos o cantones (un mínimo de 8). Para modificar la Constitución federal se requiere reunir las firmas de 100.000 electores en un periodo de 18 meses, mientras que para leyes y decretos federales aprobados por el Parlamento es necesario que la petición sea solicitada por 50.000 electores en un periodo de 90 días.

Para entender este intento fallido es importante detenerse en el contexto en el que se produjo. Desde la fundación de la Confederación Helvética en 1848, ésta carecía de competencias legislativas en ámbito sanitario, mientras que en la práctica los cantones y los municipios se habían establecido como los responsables institucionales en materia de salud (OMS, 2000a, p. 6). Además, Suiza contaba por entonces con la presencia de unos 2000 *community insures*³⁹ que cubrían a un 14% de la población. El criterio de afiliación a estos entes estaba normalmente ligado a la pertenencia a un grupo, que podía ser sindical, profesional, religioso o incluso geográfico. Los entes eran de tamaño reducido y normalmente se ubicaban en el municipio de residencia del afiliado (OCDE y OMS, 2011, p. 24). Este aspecto hace pensar que existían casi tantos entes como municipios⁴⁰, lo cual da una idea del peso y arraigo que tenía la organización sanitaria a nivel municipal en detrimento del nivel federal.

Una década más tarde, el gobierno federal que en su primera propuesta se había inspirado en el modelo alemán, cedió en sus pretensiones de establecer un Seguro Sanitario Obligatorio a nivel nacional para aquellos trabajadores con un determinado nivel de renta (OCDE y OMS, 2011, p. 24) y planteó otro tipo de sistema mediante la adopción en 1911 de la Ley Federal sobre el Seguro de Enfermedad y Accidentes (LAMA), que esta vez sí obtuvo la conformidad de los ciudadanos, alcanzando su ratificación mediante referéndum (OMS, 2000a, p. 6).

El sistema propuesto con la nueva ley, a diferencia del modelo alemán de Bismarck, no recogió la obligación de suscripción de una póliza aseguradora a nivel nacional, pero sí permitió que los gobiernos cantonales decidieran sobre la obligatoriedad en su propio territorio (OMS, 2000a, p. 6). Tampoco logró instituir un ente asegurador público al que confiar la gestión sanitaria, sino que se apoyó directamente en mutuas o cajas de enfermedad privadas sin ánimo de lucro, dando lugar a un sistema sanitario totalmente privado.

El planteamiento de esta ley tuvo como objetivo el fomento de un seguro de enfermedad a través de la inscripción voluntaria por parte de las cajas de enfermedad en la Oficina

³⁹ *Community insures*: Los '*community insures*' eran 'cajas aseguradoras a nivel de comunidad'. Es decir, un núcleo o colectivo de un mismo territorio (ayuntamientos, pueblos pequeños, barrios o comunidades de vecinos) se unía para formar este tipo de caja de enfermedad; los asociados depositaban unas determinadas cantidades de dinero a cambio de que la citada caja respondiera ante sus necesidades de salud.

⁴⁰ Actualmente Suiza cuenta con unos 2900 municipios.

Federal de Seguridad Social, a cambio de una serie de subsidios federales⁴¹ y del respeto de una serie de reglas para poder beneficiarse de éstos. Estas normas incluían la obligación de proporcionar un paquete básico de servicios que incluyera la atención ambulatoria, medicinas y estancias hospitalarias de duración limitada, además de asegurar a los afiliados un cierto grado de libertad para poder cambiar de caja de enfermedad⁴² (OMS, 2000a, p. 6).

A las cajas de enfermedad que entraron a formar parte de la iniciativa federal impulsada por esta ley les fue prohibido obtener ganancia alguna de las primas que recibían por parte de los afiliados. El cálculo de éstas estaba basado en la variable del sexo (las mujeres aportaban de media un 10% más que los hombres) y de la edad en el momento de la contratación del seguro (OCDE y OMS, 2011, p. 24). Este último parámetro dificultó la cobertura universal y la movilidad de los afiliados, ya que aquellos pacientes que arrastraban una enfermedad o que se encontraban en situación de riesgo podían no tener derecho a tratamiento si la enfermedad era anterior a la contratación del seguro o incluso ser rechazados si cambiaban de caja (OCDE y OMS, 2011, p. 25).

Años más tarde, algunas cajas de enfermedad tuvieron que afrontar una difícil situación financiera como consecuencia de una serie de errores en el cálculo de las primas con respecto a la demanda de la salud de los afiliados (OMS, 2000a, p.6). Algunas de ellas tenían a su cargo un porcentaje alto de personas enfermas y se vieron obligadas a incrementar las primas a la totalidad sus afiliados para poder cubrir el gasto. Esta circunstancia incentivó que personas jóvenes y sanas cambiaran a otras cajas donde no tuvieran que soportar un agravio financiero tan alto, esto conllevó a la fusión de las cajas, para evitar la quiebra de muchas de ellas (OCDE y OMS, 2011, p. 25).

Estos y otros problemas evidenciaron la necesidad de un replanteamiento del sector sanitario, pero todos los intentos de reforma estructural impulsados desde el Parlamento fracasaron cuando fueron sometidos a votación ciudadana mediante referéndum. Por este

⁴¹ Las cajas de enfermedad recibieron subsidios de acuerdo al número de personas afiliadas (OMS, 2000a, pág. 6). Es necesario recordar, que a diferencia del sistema alemán, la condición de afiliación en el sistema sanitario suizo es individual y no por tanto no extensible al núcleo familiar. Cada miembro de la familia posee su propio seguro de enfermedad individual y los derechos de éste no son transferibles a otro miembro de la familia.

⁴² Los afiliados sólo podían cambiar de caja de enfermedad bajo las condiciones establecidas por la ley, como el cambio de residencia, debido al carácter regional de las cajas de enfermedad, o el cambio de empleo, ya que algunas cajas estaban ligadas a determinadas empresas o asociaciones profesionales.

motivo, desde 1958 todos los intentos de reforma del seguro sanitario fueron parciales y sólo se consiguió introducir en 1964 un sistema revisado de subsidios a las cajas con el fin de mejorar la situación financiera de éstas. La década de los años 70 y 80 se caracterizó por el largo periodo de preparación y discusión para la puesta en marcha de una reforma general del sistema, pero de nuevo los dos intentos de reforma de 1974 y de 1987 fueron rechazados por los ciudadanos suizos (OMS, 2000a, p. 7).

Mientras que en el resto de Europa se acometían reformas para la contención del gasto sanitario y el aumento de la competencia de los sistemas sanitarios, en Suiza fue necesario esperar hasta 1994 para que los ciudadanos aceptaran, mediante referéndum, una nueva propuesta de reforma sanitaria: la Ley Federal del Seguro de Enfermedad, conocida como LAMal, que no entró en vigor hasta el 1 de enero 1996 (OMS, 2000a, p. 7).

La LAMal instauró la obligación de asegurarse a nivel nacional para todos aquellos ciudadanos residentes. Los principales objetivos de la Ley fueron la contención del gasto sanitario, ante la explosión de su coste, y el fortalecimiento de la solidaridad, pues ésta había sido socavada por la discriminación que las cajas de enfermedad habían ejercido en función del riesgo del asegurado (OMS, 2000a, p. 71).

Aunque la mayoría de las características de la LAMal están directamente relacionadas con la financiación y la cobertura sanitaria, las principales disposiciones reglamentarias del seguro sanitario obligatorio son (OCDE, 2006, pp. 32-33):

- Obligatoriedad: todos los ciudadanos residentes en Suiza deben contratar un seguro sanitario básico. El contrato es individual y no está cofinanciado por los empleadores.
- Provisión del servicio sin ánimo de lucro: el seguro sanitario obligatorio se apoya en múltiples cajas de enfermedad que han sido previamente acreditadas para ofrecer dicha cobertura. Éstas deben proporcionar su servicio sin obtener beneficios ligados al contrato del seguro sanitario de sus afiliados y no pueden mezclarlas con otras coberturas de carácter voluntario.
- Paquete de servicios sanitarios de base: la LAMal obliga a ofertar por parte de las cajas de enfermedad un paquete de servicios sanitarios de base.

- Libre elección y adhesión abierta: los ciudadanos son libres a la hora de elegir y cambiar de caja de enfermedad, respetando algunas reglas, mientras que éstas están obligadas a aceptar a todos los residentes del cantón.
- Adhesión al seguro sanitario a nivel cantonal: aunque los ciudadanos son libres de elegir con quien quieren contratar su seguro, lo deben hacer en su cantón de residencia⁴³.
- Primas o contribuciones: las primas pagadas por parte de los asegurados no están relacionadas con los ingresos percibidos sino que son las mismas para todos. La Confederación co-financia con los cantones subvenciones para personas y familias con bajos ingresos

Las características que se acaban de exponer son las que aún están vigentes en el sistema sanitario suizo, aunque es relevante resaltar el carácter rígido de este sistema. Como se ha podido observar a lo largo de este epígrafe, el sistema sanitario suizo se ha mantenido inalterado durante prácticamente 85 años, ya que el proceso legislativo helvético concede a sus ciudadanos el poder último de decisión para la puesta en marcha de reformas, limitando así la capacidad del gobierno federal. De hecho, desde 1974 hasta 2008 se han llevado a cabo 12 consultas populares y sólo en tres ocasiones el resultado final fue positivo.

La última consulta propuesta a los ciudadanos suizos el 17 de Junio de 2012, sobre el proyecto de reforma del *Managed Care*⁴⁴, que proponía una mayor coordinación del sistema, evitando así errores y disfunciones, fue negativa. Este proyecto, que obtuvo una clara mayoría en el Parlamento helvético, fue, sin embargo, rechazado por un 76% de los participantes. Dicha situación propició que el Departamento Federal de Asuntos Internos propusiera una estrategia actualizada en materia de política sanitaria, válida hasta 2020 (Suiza, Ufficio federale della sanità pubblica [UFSP], 2013, p.3)

⁴³ Si el ciudadano, ya sea por motivos de emergencia o porque el tratamiento sanitario necesario no está disponible su cantón, ha recibido asistencia sanitaria en otro cantón tiene la posibilidad de obtener el reembolso.

⁴⁴ El *Managed Care* es un modelo de organización sanitaria que se basa en el esquema de contención de costes, disminuyendo la sobreutilización de los servicios de especialistas mediante la barrera de médicos generalistas en el primer nivel de atención.

Cuadro 5. Fechas y eventos significativos para el Sistema Sanitario Suizo.

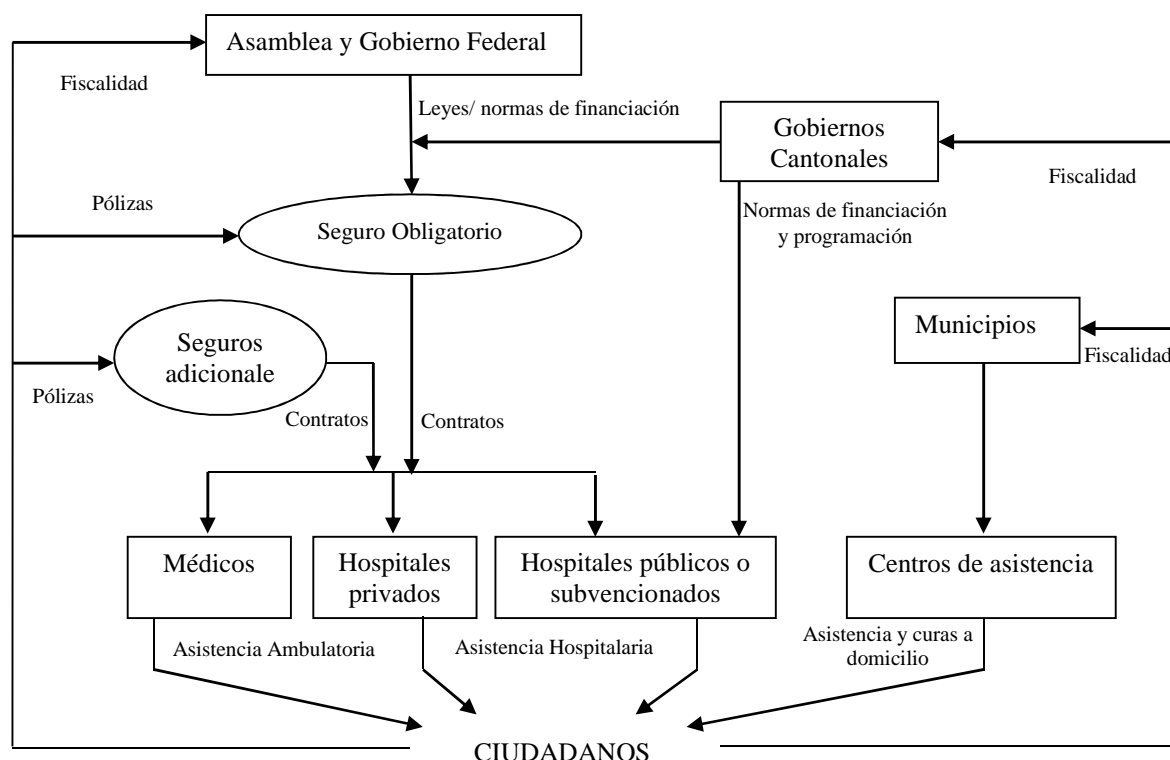
Fechas y Eventos significativos para el Sistema Sanitario Suizo	
Año	Hecho
1877	Institución reglamentaria de la figura del médico, farmacéutico y veterinario
1886	Ley Federal sobre las enfermedades epidémicas
1911	Aprobación por Referéndum de la Ley de Seguro de Enfermedad
1964	Predisposición de la de la Reforma Sanitaria
1974-1987	Rechazo por Referéndum de la Reforma Sanitaria
1994	Aprobación por Referéndum de la Reforma Sanitaria
1996	Entrada en vigor de la reforma (LAMal).
2001	Modificaciones de las cotizaciones y modalidades de cambio de aseguradora
2004 -2009	Varias integraciones

Fuente: OMS (2000a, p.6).

2.3.3. Organización del Seguro Obligatorio.

Suiza, a diferencia del Reino Unido, no dispone de un sistema sanitario nacional. Tampoco posee un sistema sanitario que se apoye en un seguro social, como puede ser el caso de Alemania. El sistema helvético se basa en un modelo de seguro obligatorio de tipo privado, aunque se fundamenta en algunos principios de igualdad social como son la obligación para todos los ciudadanos residentes de contratar un seguro médico sin vínculos al riesgo sanitario individual.

El ente asegurador o caja de enfermedad que forma parte del Sistema de Seguro Obligatorio está obligado a ofrecer un paquete básico de servicios sanitarios. Los requisitos que deben estar contemplados en las pólizas del Seguro Obligatorio están fijados por ley. Las primas o contribuciones que deben de pagar los ciudadanos no se calculan en base al riesgo sanitario del asegurado, sino que lo fija cada cantón en relación a las condiciones globales de cada uno de éstos, aunque para equilibrar el riesgo general de los afiliados, el Seguro Obligatorio recibe otras contribuciones financieras a nivel federal (OCDE, 2006, p. 32-33).

Figura 16. Esquema institucional del Sistema Sanitario Suizo

Fuente: Crivellini y Galli (2011, p. 329).

La figura 16 sintetiza el esquema institucional del modelo organizativo del sistema sanitario suizo. En él se puede observar cómo los diferentes niveles de gobierno toman parte en el sistema sanitario en la función de regulación, provisión y financiación.

El nivel federal, que está formado por la Asamblea y el Gobierno federal, se apoya en varias oficinas para llevar a cabo su cometido: la Oficina Federal de la Sanidad Pública, la Oficina Federal de los Seguros Sociales y la Oficina Federal de los Seguros Privados (Crivellini y Galli, 2011, p. 328). Al nivel federal le corresponde la función legislativa y de supervisión del seguro de enfermedad y accidente, de la seguridad social y de la protección y la promoción de la salud. También es el nivel responsable de la investigación y estadística médica, así como de la acreditación de las profesiones sanitarias (OCDE y OMS, 2011, p. 34).

Los cantones son el nivel de gobierno donde se ha concentrado el sistema de provisión y financiación de los servicios sanitarios. Éstos son la autoridad competente en la definición de la prima que los ciudadanos tienen que pagar para su seguro sanitario. Pero además de estas funciones, son los responsables de la autorización de la práctica médica y farmacéutica, de la educación sanitaria y prevención de enfermedades y de la implementación de las leyes federales (OCDE y OMS, 2011, p. 34). Comparte con el

nivel federal algunas competencias, tales como la formulación de políticas y la regulación y supervisión de los servicios sanitarios, que en ocasiones pueden ser también traspasadas a los municipios. En aras de una coordinación con los otros cantones de la Confederación, se apoyan en la Conferencia Suiza de Directores Cantonales de Salud Pública para promover la cooperación y las políticas comunes entre cantones (OCDE y OMS, 2011, p. 33).

Los municipios, en cambio, ofrecen servicios socio-sanitarios a través de la provisión de servicios de asistencia domiciliaria y de enfermería (OCDE y OMS, p. 34). A este nivel de gobierno le es confiada la asistencia de las franjas más débiles de la sociedad desde el punto de vista económico, sufragando, junto con los cantones, el pago de las primas de los seguros sanitarios de aquellos ciudadanos que no pueden contratar por sí mismos el Seguro Sanitario Obligatorio.

Las compañías aseguradoras, mediante los contratos de póliza, son el vehículo por el que los ciudadanos pueden proporcionarse y garantizarse su derecho a la atención sanitaria de base proclamada con la LAMal (OCDE y OMS, 2011, p. 34).

Cualquier compañía aseguradora puede formar parte del mercado de compañías que ofrecen servicios dentro del esquema del Seguro Obligatorio pero tienen que respetar los límites establecidos por la LAMal, como mantener separados los contratos de pólizas que contienen el paquete básico del Seguro Obligatorio de aquellos contratos de pólizas de carácter adicional o voluntario. De igual manera, para formar parte del sistema, deben comprometerse a ofertar un paquete de servicios de base a posibles afiliados con riesgo sanitario alto sin posibilidad de rechazarlos.

La mayoría de los entes aseguradores o cajas de enfermedad que participan en el Sistema del Seguro Obligatorio ofrecen por un lado el seguro ordinario previsto en la LAMal y, por otro, un sistema de fórmulas deducibles. Este modelo se extendió después de la aprobación de la reforma de 1996, consintiendo el uso de una serie de instrumentos que permitiesen modular y adaptar la tipología de la cobertura a la propia situación, con el fin de contener el coste al asegurado pero limitando su capacidad de elección. Las autoridades sanitarias consideraron que los seguros de enfermedad y las organizaciones de atención a la salud podían responsabilizar de esta manera al paciente y así disminuir los gastos en salud (Crivellini y Galli, 2011, p. 330).

De esta manera, la Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad, LAMal, permite a las aseguradoras ofertar diferentes fórmulas de cobertura sanitaria, a través de las cuáles los afiliados pueden reducir la prima de su seguro. Hay tres clases de productos especiales que varían de los servicios sanitarios del seguro básico. En primer lugar, las aseguradoras pueden ofrecer una selección de franquicias, a través de las cuales los afiliados pueden ir reduciendo sus primas, pero agregando ciertas cantidades a las inicialmente acordadas cuando hagan uso de los servicios sanitarios. En segundo lugar, las aseguradoras ofrecen un sistema de bonificación para aquellos afiliados que no hayan hecho uso de su seguro sanitario durante un periodo mínimo de un año, otorgándoles una de reducción de su prima para el año siguiente. El último modelo de cobertura se basa en un acuerdo de utilización de proveedores sanitarios designados. Es decir, el afiliado se compromete a seguir una atención sanitaria administrada que limita su libertad de elección a cambio de la reducción de la prima de su seguro (OCDE y OMS, 2011, p. 34).

Las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization*, HMO) son la base de esta última fórmula. Se trata de organizaciones de médicos generalistas, especialistas asociados y otras redes de médicos de familia. El afiliado que ha contratado este producto tiene que dirigirse en primer lugar a un centro HMO, donde le realizarán una primera valoración y le remitirán a aquellos servicios que necesite. El asegurado puede elegir un médico de la red al que dirigirse cuando lo necesite, éste será el que decida a qué servicios o proveedores de la red remitirlo en caso que sea pertinente. El afiliado también puede beneficiarse de una rebaja de sus primas en el seguro de enfermedad si se compromete a pedir una segunda opinión médica antes de someterse a una operación (Crivellini y Galli, 2011, p. 330).

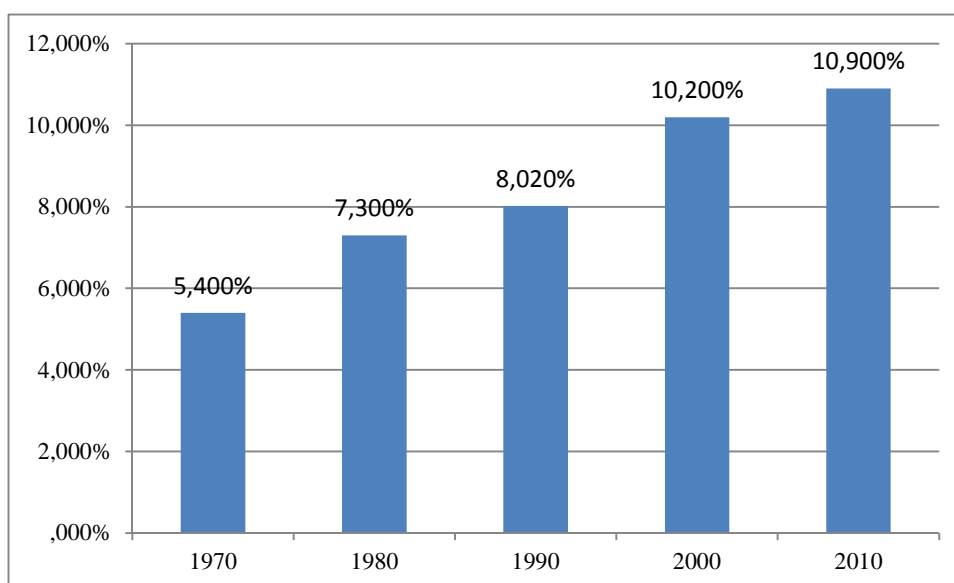
Como conclusión, concretar que se trata de un sistema sanitario de tipo privado que para la provisión de los servicios sanitarios se apoya en un sistema de entes aseguradores y cajas de enfermedad privadas que compiten entre si. Las funciones del gobierno federal y de los gobiernos cantonales se complementan para hacer que se respete la regla de ofertar de un paquete básico de servicios sanitarios por parte de las compañías aseguradoras; además, auxilian mediante subvenciones a aquellos ciudadanos que no pueden permitirse pagar las primas. A continuación se examinará brevemente el gasto sanitario y la financiación del sistema sanitario suizo, donde la contribución directa de los ciudadanos es el pilar que sustenta la financiación de la salud.

2.3.4. Gasto Sanitario y Financiación del Sistema Sanitario Suizo.

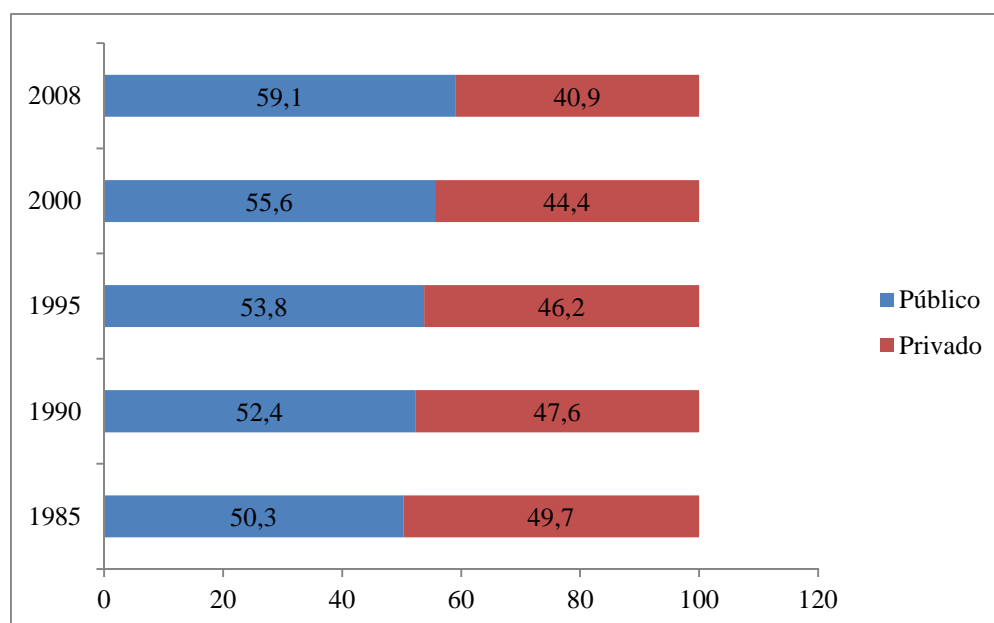
Según la Organización Mundial de la Salud (2012), Suiza, después de Estados Unidos, está a la cabeza de aquellos países que presentan un gasto sanitario total más alto. En 2012 el gasto sanitario total como porcentaje del PIB alcanzó el 11,3% mientras que el gasto sanitario por habitante fue de 5.643 US\$PPP (Paridad Poder Compra).

El gráfico que se expone a continuación representa la tendencia de gasto en los últimos decenios, que ha sido siempre creciente siguiendo la misma tendencia que la mayoría de los países industrializados. Los datos porcentuales son los siguientes: 5,4% en 1970; 7,3% en 1980; 8,02% en 1990; 10,2% en 2000; 10,9% en 2010.

Figura 17. Evolución del coste sanitario en Suiza (% del PIB).

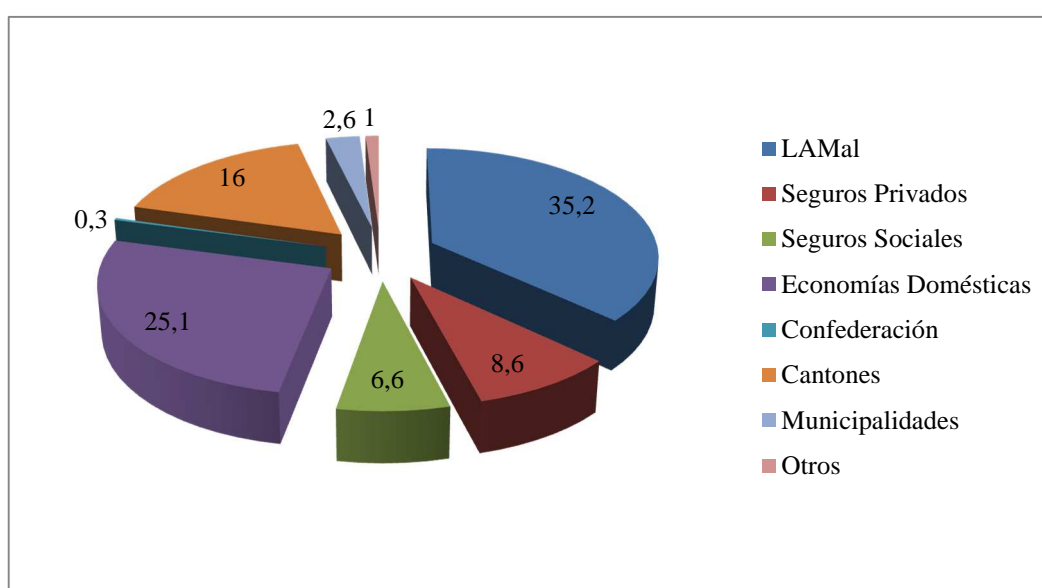


Fuente: Elaboración propia a partir de Suiza, Ufficio Federale di Statistica [UFS] (2014).

Figura 18. Evolución del gasto sanitario público y privado en Suiza.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Suiza, UFSP (2013).

En la figura 18 se puede observar cuál ha sido la evolución del gasto público y privado en Suiza, según datos de la Oficina Federal de Sanidad Pública; aunque la composición del gasto es más compleja de representar, ya que la clasificación tradicional de la cuota pública y privada depende de una variedad de sujetos que son los que en realidad soportan el gasto final.

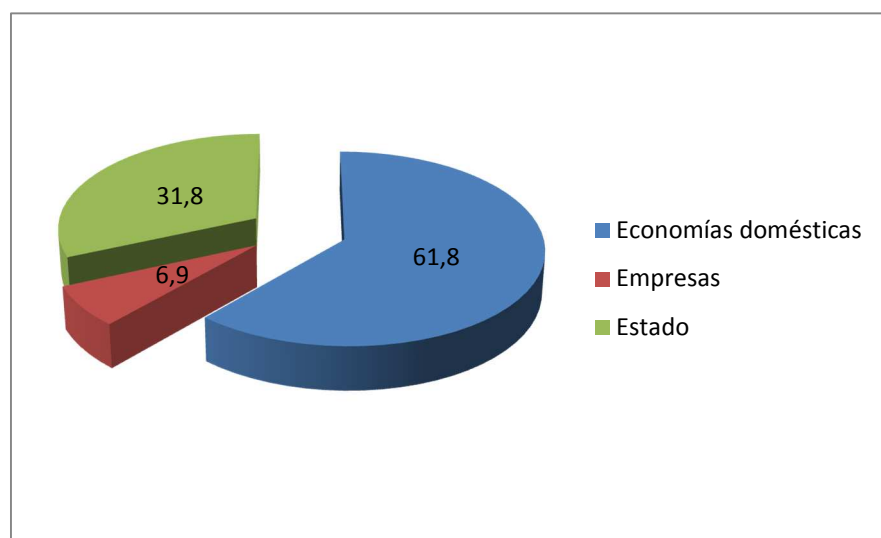
Figura 19. Costes del Sistema Sanitario en Suiza según el agente pagador (2010).

Fuente: Suiza, UFS (2012).

La figura 19 muestra el porcentaje del coste del sistema sanitario que soportan los diferentes actores, según el agente pagador. El dato relevante se centra en las economías domésticas que, después del Sistema de Seguro Obligatorio, son las que soportan una gran parte del coste sanitario.

El análisis de la asunción de los costes por parte de los agentes financiadores evidencia que se trata de un sistema sanitario privado. El 61,8%, es decir casi los dos tercios del coste total, es financiado por las economías domésticas.

Figura 20. Costes del Sistema Sanitario según el agente financiador (2010).



Fuente: Suiza, UFS (2012).

Respecto a la mayoría de los países europeos, donde la participación financiera del Estado es preponderante, el sistema suizo se caracteriza por una financiación "social" bastante limitada, ya que prácticamente recurre a la financiación privada de la salud. En Suiza sólo un cuarto del gasto sanitario total se cubre a través de impuestos, el resto lo afrontan los ciudadanos con sus propios recursos.

El porcentaje del sistema sanitario suizo que se financia con fondos públicos, que en 2010 representó el 31,8%, se apoya en tres pilares de financiación: el Seguro Sanitario Obligatorio, la financiación directa por parte del gobierno dirigida a los proveedores sanitarios y las aportaciones de otros sistemas de cobertura de la seguridad social como son el seguro de invalidez, vejez o de accidentes (Camenzind, 2012, p. 100).

Como ya se ha expuesto en los epígrafes anteriores, el Seguro Sanitario Obligatorio se suscribe de forma individual eligiendo uno de los entes aseguradores o cajas de enfermedad que se han adherido al sistema del seguro sanitario y ofrecen aquellos servicios que han sido contemplados en la Ley LAMal. El promedio de las primas cantonales para 2012 en adultos de más de 26 años fue de 2.907 a 4.973 dólares. Los entes aseguradores definen sus primas en cada región en base a diferentes categorías de edad, nivel deducible y los seguros alternativos de cada afiliado. Los costes se redistribuyen entre las aseguradoras por un fondo operado por el Instituto Común bajo la Ley Federal del Seguro Sanitario, de acuerdo con un esquema de compensación de riesgos que se ajusta a las características poblacionales de cada cantón. En cuanto a la financiación directa por parte del gobierno, ésta se dedicaba a los hospitales que prestan atención hospitalaria. Dichos hospitales están financiados por impuestos provenientes del nivel federal, de los cantones y de los municipios (Camenzind, 2012, p. 100).

La obligación de contratación de un seguro de enfermedad por parte de cada uno de los ciudadanos los ha convertido en los principales agentes financiadores del sistema sanitario representando el 61,8%. Además de ser financiadores del sistema sanitario obligatorio, los ciudadanos también autofinancian otros servicios sanitarios contratando seguros adicionales con las compañías aseguradoras, como pueden ser tratamientos dentales o asistencia hospitalaria. Los pagos directos de los ciudadanos en salud representan casi tres cuartas partes del gasto privado total (Camenzind, 2012, p. 101).

2.4. Indicadores de síntesis.

En este último epígrafe de este capítulo se exponen datos sobre los indicadores más importantes del ámbito sanitario de Reino Unido, Alemania y Suiza. Junto a estos países también se podrán observar los datos relativos a España e Italia, los dos sistemas sanitarios que se profundizan en el próximo capítulo y sobre los que se fundamenta el caso de estudio.

En la descripción de los sistemas sanitarios realizada en el presente capítulo se ha verificado la importancia del gasto sanitario. El gasto sanitario como porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) y su composición, ya sea tanto en su participación pública como en la privada, es el indicador que más fielmente refleja la prioridad otorgada a la

salud por parte de los países, la modalidad de financiación y la estructura organizativa de los sistemas sanitarios (OCDE, 2013f, p. 248).

Tabla 3. Gasto sanitario total (público y privado) como porcentaje del PIB.

GASTO SANITARIO TOTAL			
Países	Gasto Público	Gasto Privado	Gasto Sanitario Total
Reino Unido	7,80	1,62	9,42
Alemania	8,66	2,67	11,33
Suiza	6,97	4,33	11,30
España	6,79	2,51	9,30
Italia	7,17	2,00	9,17
OCDE-33 ⁴⁵	6,64	2,65	9,29

Nota: Datos de 2012 o último año disponible.

Fuente: OCDE (2014d).

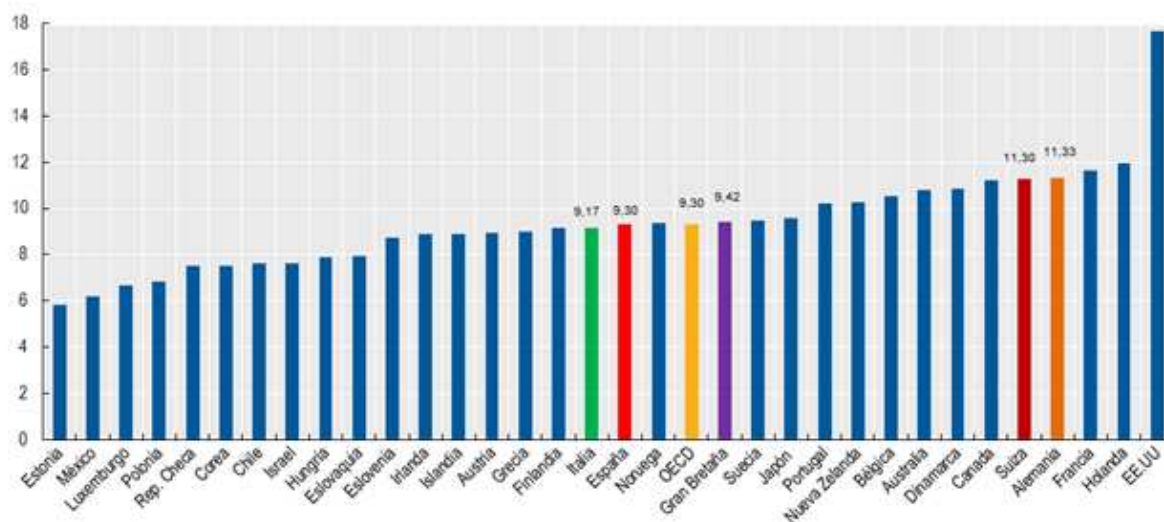
Los datos evidencian que el porcentaje del Producto Interior Bruto del gasto total de los sistemas sanitarios de modelo *Beveridge* se sitúa al menos dos puntos porcentuales por debajo del dedicado por Alemania (modelo *Bismarck*) y por Suiza (modelo privado), ambos con un 11,3%. En cuanto a la composición del gasto, España e Italia mantienen un porcentaje del gasto privado ligeramente inferior a la media europea, mientras que Reino Unido se sitúa incluso 1 punto porcentual por debajo. En relación al gasto público, según los datos de la OCDE de 2014, Alemania sería el país que presenta el dato más alto, seguida por Reino Unido.

La siguiente figura (21) permite analizar los datos expuestos anteriormente y contextualizados respecto a los que ofrecen los países de la OCDE-33. Resalta el porcentaje del PIB que Estados Unidos dedica a la salud, llegando casi a doblar la media de la OCDE-33 con el 17,68%, que desglosado presenta un 8,45% como gasto público y un 9,23% como gasto privado. Otros países europeos como Francia (11,6%), Dinamarca (11%), Bélgica (10,5%), Portugal (10,2%) y Suecia (9,5%) también superan la media de los países de la OCDE-33. Junto a ellos se sitúa Gran Bretaña con el 9,4%, tan sólo una décima más del promedio de la OCDE, seguida de Alemania y Suiza, superándola en 2

⁴⁵ Estonia, México, Luxemburgo, Polonia, Rep. Checa, Corea, Chile, Israel, Hungría, Eslovaquia, Eslovenia, Irlanda, Islandia, Austria, Grecia, Finlandia, Italia, España, Noruega, Gran Bretaña, Suecia, Japón, Portugal, Nueva Zelanda, Bélgica, Australia, Dinamarca, Canadá, Suiza, Alemania, Francia, Holanda y EE.UU.

puntos porcentuales. España e Italia, con un 9,3% y un 9,2% respectivamente, mantienen el gasto con respecto al valor medio de la OCDE (OCDE, 2014d, p.253).

Figura 21. Gasto sanitario como porcentaje del PIB.



Nota: Datos de 2012 o último año disponible.

Fuente: OCDE (2014d).

Las tendencias en el gasto en salud como porcentaje del PIB son el resultado del efecto combinado de las fluctuaciones en el propio PIB de cada país y el gasto sanitario que éste realiza. Entre 2000 y 2009 la mayoría de los países de la OCDE experimentaron un aumento de su gasto sanitario, que no fue acompañado con el crecimiento del PIB. Muchos de estos países acometieron reformas para intentar frenar el citado gasto; la implementación de estas reformas hizo que el promedio del Producto Interior Bruto asignado a la salud en los países de la OCDE sólo aumentara un 1,9% en esa década, situando la media en el 9,4% del PIB. Sin embargo, este porcentaje disminuyó en una décima en 2011, debido al crecimiento negativo del gasto público como consecuencia de la crisis económica y financiera iniciada en 2008 (OCDE, 2014d, p. 252).

La siguiente tabla muestra la evolución del gasto sanitario total como porcentaje del PIB en los países que ocupan el presente estudio. En dicha figura se verifica el análisis anteriormente descrito. Se observa cómo el periodo de 1990 - 2010 se caracterizó en su primer decenio por un aumento del gasto sanitario como porcentaje del PIB y el segundo por una contención de éste. A partir de 2010 los datos revelan el efecto de la crisis económica y financiera con la contracción del porcentaje del gasto sanitario en 2011.

Tabla 4. Evolución del gasto sanitario como porcentaje del PIB.

Evolución del gasto sanitario total como % del PIB									
Países/Años	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Reino Unido	5,6	5,8	5,8	6,7	6,9	8,1	9,4	9,2	9,4
Alemania	8,4	8,8	8,3	10,1	10,4	10,8	11,6	11,2	11,3
Suiza	7,2	7,6	8,0	9,3	9,9	10,9	10,9	11,1	11,3
España	5,3	5,4	6,5	7,5	7,2	8,3	9,6	9,4	9,3
Italia	n.d. ⁴⁶	n.d.	7,7	7,1	7,9	8,7	9,4	9,2	9,2

Nota: Datos de 2012 (última actualización 27 de noviembre de 2014).

Fuente: OCDE (2014a).

De igual manera, la evolución de la cuota de gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total presenta características similares a la evolución del gasto sanitario total como porcentaje del PIB. Este dato aporta una información fundamental, ya que gracias a él se puede valorar la importancia que los gobiernos de cada país dan a sus propios sistemas sanitarios. Cabe destacar la evolución del Reino Unido, que reduce su porcentaje en la década de los años 80 a los 90 manteniéndola hasta el día de hoy. Todos los países experimentan una contracción a partir de 2010, mientras que la reducción del porcentaje tiene lugar en diferentes años. Esto puede deberse, por ejemplo, en el caso alemán a las consecuencias de la reunificación o en caso español e italiano a una concienciación de la contención del gasto a partir de los años 90.

Tabla 5. Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total.

Gasto público en salud como % del gasto sanitario total									
Países/Años	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Reino Unido	89,9	85,5	83,6	83,9	79,1	81,3	84,0	83,4	84,0
Alemania	78,7	77,4	76,2	81,4	79,5	76,6	76,7	76,5	76,7
Suiza	n.d.	50,3	52,4	53,6	55,4	59,5	65,2	65,4	65,8
España	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,9	74,4	73,4	71,7
Italia	n.d.	n.d.	79,5	72,8	74,2	77,9	78,9	77,1	77,3

Nota: Datos de 2012 (última actualización 27 de noviembre de 2014).

Fuente: OCDE (2014a).

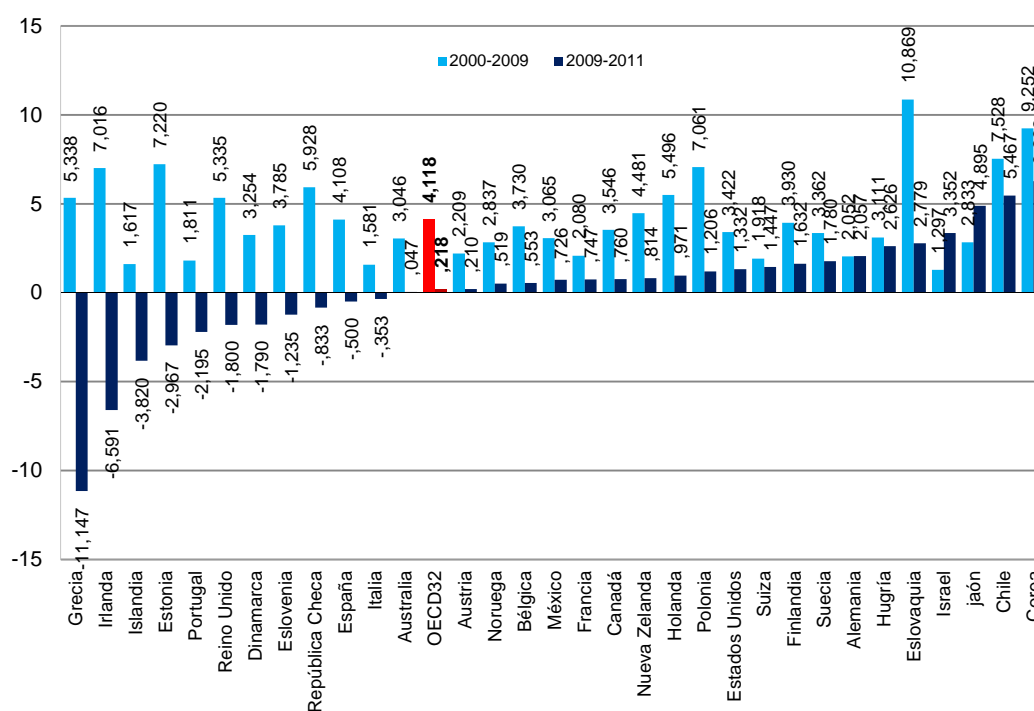
En relación al crecimiento anual del gasto sanitario, los siguientes datos presentan el promedio de éste en dos periodos: de 2000 a 2009 y de 2009 a 2011. Es especialmente evidente, observando la información expuesta en la figura, la caída del crecimiento del gasto sanitario en el periodo 2009 - 2011 en todos los países excepto en Israel, cuya tasa de crecimiento anual fue superior al periodo anterior. Alemania, sin embargo, mantiene

⁴⁶ Dato no disponible (n.d.).

la misma tasa de crecimiento en los dos periodos con un 2,1%, mientras que España, Italia y Reino Unido (-0,5, -0,4 y -1,8) presentan datos negativos respecto a los valores presentados en el periodo anterior (4,1, 1,6 y 5,3). En cuanto a Suiza, su tasa de crecimiento también ha sufrido un descenso, aunque mínimo, con una diferencia del 0,5 entre los dos periodos.

Por tanto, se podría afirmar que los países del modelo *Beveridge* son los que han experimentado una contracción significativa en el intervalo de los 3 años del segundo periodo; especialmente España y Reino Unido, que se han distinguido por una caída substancial de la tasa del crecimiento.

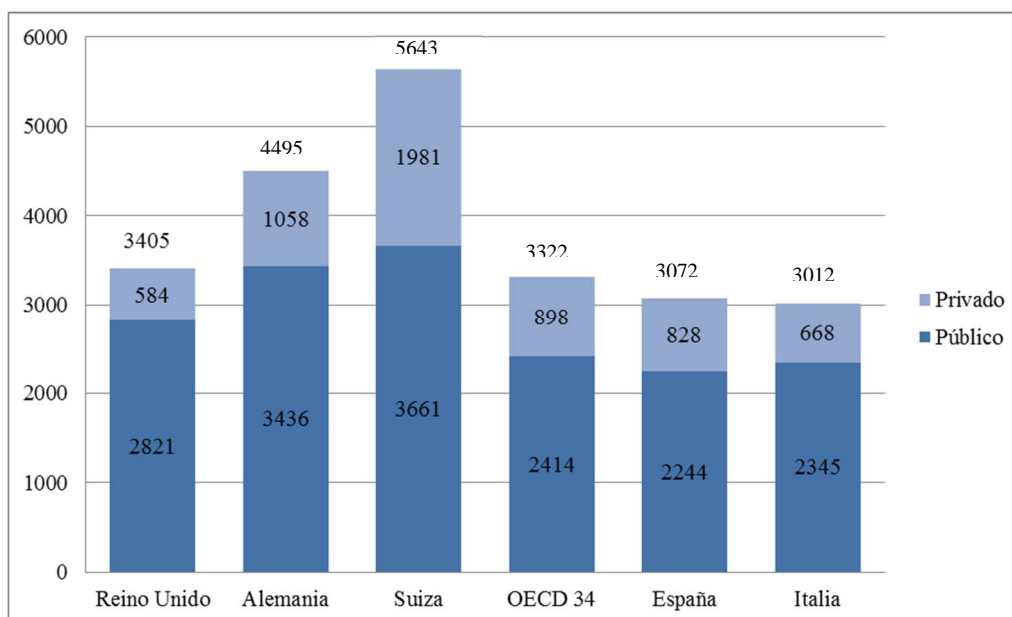
Figura 22. Tasa de crecimiento media anual del gasto sanitario per cápita, en términos reales, de 2000 a 2009 y de 2009 a 2011.



Fuente: OCDE (2013h).

La siguiente figura muestra el desglose del gasto sanitario per cápita (público o privado) por habitante en relación al poder paridad de compra en 2011. Generalmente la clasificación de acuerdo al gasto sanitario público per cápita es equiparable al gasto público total. Es relevante el caso de Suiza, donde el sector privado es prevalente, ya que el gasto sanitario per cápita público supera incluso al gasto sanitario total per cápita que presenta individualmente España, Italia y Reino Unido.

**Figura 23. Gasto sanitario per cápita US\$PPP
(Purchasing Power Parity - Poder Paridad de Compra).**



Nota: Datos de 2011 o último año disponible.

Fuente: OCDE (2013h).

A continuación se presenta la evolución del gasto sanitario per cápita en relación al poder paridad de compra desde el año 1980 hasta el último dato disponible. La tendencia es el aumento desde 1980 hasta llegar a 2010/2011, momento en el que comienza a retraerse.

**Tabla 6. Gasto sanitario total per cápita US\$PPP.
(Purchasing Power Parity - Poder Paridad de Compra).**

Gasto sanitario total per cápita US\$PPP									
Países/Años	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Reino Unido	463	682	939	1345	1829	2701	3210	3405	3289
Alemania	981	1423	1781	2272	2681	3363	4427	4495	4811
Suiza	1037	1476	2025	2560	3225	4015	5292	5643	6080
España	365	497	870	1189	1539	2257	3020	3072	2987
Italia	n.d.	n.d.	1355	1496	2030	2500	3157	3012	3209

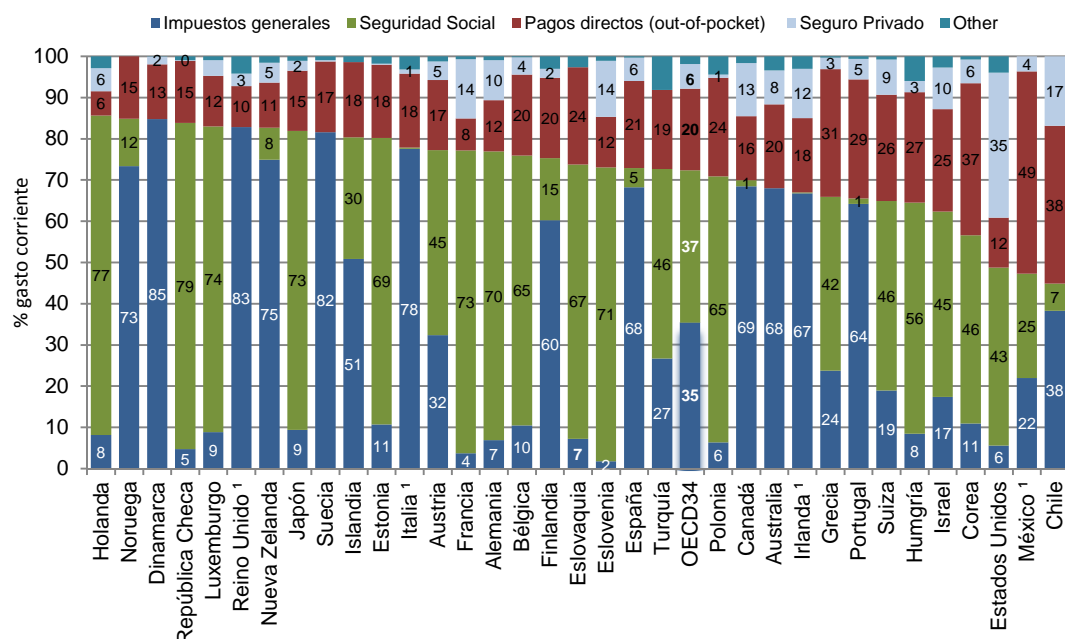
Fuente: OCDE (2013e); OECD (2014a [datos de 2011]).

Como se puede deducir de la imagen anterior, la atención sanitaria de un país puede ser financiada tanto por fuentes públicas, como por fuentes privadas. La financiación del sistema varía dependiendo del modelo sanitario adoptado por cada país. Respecto a las fuentes públicas, los países pueden decantarse por una financiación basada en los impuestos generales recaudados por el Estado (modelo *Beverigde*) o por una financiación basada en un sistema de seguridad social (modelo *Bismarck*). La realidad, como se ha

podido ver a lo largo de este capítulo, evidencia que los modelos no siempre son puros, llegando a coexistir ambas formas de financiación pública dentro de un mismo sistema. Cabe destacar que ya sea a través del seguro social o vía impuestos generales, los sistemas sanitarios también se financian mediante fuentes privadas, que complementan o incluso sustituyen a la cobertura financiada con fondos públicos. Estas fuentes están constituidas normalmente por pagos directos por parte de los ciudadanos (*out of pocket*). (OCDE, 2013f, p. 164).

En la figura que se expone a continuación se puede analizar la composición del gasto sanitario según el tipo de financiación. Los datos de Reino Unido revelan que se trata de un país que financia su atención sanitaria principalmente a través de impuestos (83%) y no lo combina con ningún otro tipo de seguro social. En cambio en Italia (78%) y España (68%), aunque destacan por el alto porcentaje de gasto sanitario financiado a través de impuestos, parte de la asistencia sanitaria se sufraga con otras fuentes provenientes de la seguridad social. Por el contrario, Alemania (70%) se diferencia por el alto porcentaje costado a través del Seguro Social combinado con un componente mínimo proveniente de impuestos generales (7%). En Suiza el dato que destaca, comparado con los otros países, es el alto porcentaje de gasto sanitario sufragado directamente por los ciudadanos (26%).

En la siguiente figura (24) también se constata que normalmente, después de la financiación pública, la principal fuente de financiación está constituida por los pagos directos (*out of pocket*). El promedio del gasto sanitario costado a través de pagos directos de los países de la OCDE fue del 20% en 2011 (OCDE, 2013f, p.164).

Figura 24. Gasto sanitario por tipo de financiación.

1. Los datos se refieren al gasto total en salud. Información sobre los datos de Israel:

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

Nota: Datos de 2011 o último año disponible.

Fuente: OCDE (2013h).

Tabla 7. Gasto sanitario por agente financiador. Pagos directos (out of pocket) en % sobre el gasto sanitario total.

Gasto sanitario por agente financiador/Pagos directos (out of pocket) en % sobre gasto sanitario total									
Países/Años	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Reino Unido	8,6	n.d.	10,6	10,9	11,1	9,6	8,8	9,3	9,0
Alemania	10,3	11,2	11,1	10,0	11,4	13,5	13,1	13,1	12,9
Suiza	n.d.	37,6	35,7	33,1	33,0	30,6	25,1	25,2	26,0
España	n.d.	n.d.	n.d.	23,5	23,6	22,1	19,9	20,2	21,8
Italia	n.d.	n.d.	17,1	24,7	23,1	19,0	17,5	18,8	18,8

Nota: Datos de 2012 (última actualización 27 de noviembre de 2014).

Fuente: OCDE (2014a).

Las tablas 7 y 8 recogen la evolución del gasto sanitario de los pagos directos sobre el gasto sanitario total y los pagos directos per cápita. Si se comparan los datos, Suiza destaca por encima de los demás países, mientras que Reino Unido es el país que presenta datos inferiores. En cambio, Italia y España muestran datos elevados, a pesar de proyectar su sistema sanitario sobre un modelo *Beveridge*.

Tabla 8. Gasto sanitario por agente financiador. Pagos directos (out of pocket) per cápita US\$PPP.

Gasto sanitario por agente financiador/Pagos directos (out of pocket) per cápita US\$PPP									
Países/Años	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Reino Unido	40	n.d.	100	147	203	259	282	300	297
Alemania	101	160	198	227	307	453	581	606	627
Suiza	n.d.	556	722	847	1063	1230	1330	1427	1582
España	n.d.	n.d.	n.d.	280	363	500	602	607	651
Italia	95	164	231	370	469	475	553	603	603

Nota: Datos de 2012 (última actualización 27 de noviembre de 2014).

Fuente: OCDE (2014a).

Con la exposición y análisis de los datos ofrecidos en este epígrafe y la anterior descripción pormenorizada de los sistemas sanitarios del Reino Unido, Alemania y Suiza, se han preparado todos los elementos necesarios que permitirán analizar con más propiedad los sistemas sanitarios de los países en los que se fundamenta este caso de estudio.

3. LOS SISTEMAS SANITARIOS DE ESPAÑA E ITALIA. EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y SITUACIÓN ACTUAL.

En el capítulo anterior se han expuesto tres sistemas sanitarios cuyos modelos han sido ya definidos. A pesar del impacto de las diferentes reformas emprendidas por los poderes públicos, los sistemas han conservado los rasgos esenciales que los caracterizan como un Servicio Nacional de Salud, un sistema de Seguro Social o un sistema liberal basado en la iniciativa privada.

Los sistemas sanitarios son productos de la interacción en el tiempo de varios modelos. El sistema sanitario español y el sistema sanitario italiano son prueba de ello. Como se verá a continuación, los dos se concibieron como un sistema sanitario basado en un Seguro Social que evolucionó hacia un Sistema Nacional de Salud en la última parte del siglo XX. Ambos han considerado al Reino Unido como referente a la hora de concebir sus propias reformas y ambos, aunque con resultados diferentes, poseen características similares en la descentralización de sus sistemas, que se expondrán en el siguiente capítulo. Antes de pasar a la descripción, se exponen brevemente los datos más significativos que permiten contextualizar la comparación entre los dos países.

Tabla 9. Comparación entre España e Italia.

	ESPAÑA	ITALIA
POBLACIÓN (Eurostat - 2013)		
Total	46.727.890	59.685.227
Hombres	23.017.760	28.889.597
Mujeres	23.710.130	30.795.630
Promedio Población UE - 28	9,30%	11,80%
Esperanza de vida nacimiento (2011)	82,4 años	82,7 años
Hombres	79,4 años	79,8 años
Mujeres	85,5 años	85 años
Tasa de mortalidad infantil estimada	3,2/1000 nac. vivos	3,4/1000 nacs vivos
GASTO SANITARIO (OCDE Health Statistics 2013)		
Gasto total como % del PIB (2011)	9,30%	9,20%
Gasto Público % gasto total sanitario	6,79%	7,17%
Gasto Privado % gasto total sanitario	2,51%	2,00%
Gasto total per cápita	3.072 US\$PPP	3.012 US\$PPP
Gasto per cápita público	2.244 US\$PPP	2.345 US\$PPP
Gasto per cápita privado	828 US\$PPP	668 US\$PPP

Fuente: Población: Eurostat. Gasto sanitario: OCDE (2013f).

3.1. Sistema Sanitario Español.

3.1.1. Introducción.

Con la aprobación de la Constitución española el 6 de diciembre de 1978, España se convierte en una Monarquía Parlamentaria cuyo territorio está organizado en 17 Comunidades Autónomas y dos Ciudades Autónomas. En los casi 40 años de vida democrática, España ha logrado alcanzar el mismo nivel político, social y económico que los demás países de su entorno. Como consecuencia de ello, apenas una década después de la proclamación de la Constitución, entró a formar parte de la Comunidad Europea en 1986.

Desde el punto de vista político-institucional, España posee un sistema bicameral constituido por el Congreso de los Diputados (350 diputados elegidos cada 4 años) y por el Senado (259 senadores de los que 51 son representantes regionales), aunque es el Congreso quien posee un mayor peso y poder político. En los años posteriores a la aprobación del marco constitucional, se inició un progresivo proceso de descentralización desde la administración central hacia las Comunidades Autónomas, lo que supuso un trasvase de poderes y competencias en numerosos sectores, entre ellos, el sanitario.

En el caso español es necesario subrayar el fuerte sentimiento regional y la exigencia por parte de algunas de estas Comunidades Autónomas de su propia identidad. Aunque el actual sistema se basa en un Estado de Autonomías, las Comunidades Autónomas, dotadas cada una de ellas de su propio estatuto, están sujetas al cumplimiento de la Constitución y tienen competencia en aquellas materias que no sean exclusivas del Estado central. En tal ámbito, las leyes regionales poseen el mismo rango que las estatales en la jerarquía de fuentes y en caso de conflicto se resuelve apelando la Corte Constitucional.

Según datos del padrón municipal de 2011, la población española ronda los 47 millones de habitantes, con una densidad de 92 hab/Km. El nivel de salud de los españoles es en general bueno, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. En referencia al gasto sanitario se caracteriza por su contención como porcentaje del PIB (9,3 en 2012) y como gasto per cápita (3.072 US\$PPP en 2012).

3.1.2. Evolución histórica y sus reformas.

Se puede datar el origen de sistema sanitario español a principios del siglo XX con la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP). La Ley que instauró este ente entró en vigor en 1908 y fue la impulsora de la organización sanitaria en España (Cabo Salvador, Cabo Muiños e Iglesias, 2010, p.43). El Instituto Nacional de Previsión tenía como misión la gestión de los seguros sociales y, además, desde su creación hasta 1942, procedió al impulso de varios de ellos: tales son los casos del seguro social conocido como "retiro obrero" (1919), el seguro de maternidad (1929) o el aseguramiento contra los accidentes de trabajo (1932) (Cabo et al., 2010, pp. 44-45).

En 1942, con la aprobación de la Ley sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), el Instituto Nacional de Previsión promovió una extensa y complicada organización sanitaria, financiada mediante las cotizaciones de empresarios y trabajadores. Aclarar que este sistema se diferenciaba al de otros países europeos por el papel que el Estado asumió. Mientras que en aquellos países acogidos al modelo *bismarckiano*, el Estado se limitaba a financiar cada acto sanitario que recibieran sus ciudadanos en centros privados o cajas de enfermedad, el Estado español creó una estructura pública propia desde la que se proporcionaban los servicios sanitarios, como prestaciones en especie de la Seguridad Social (España, Consejo Económico y Social [CES], 2010, p. 19). Sin embargo, a pesar del papel centralizador del Estado, este sistema no ofrecía una cobertura universal, puesto que los servicios sanitarios estaban dirigidos a la población trabajadora y a sus familiares dependientes, quedando fuera todas las personas no afiliadas al sistema (España, CES, 2010, p. 19). Para paliar este problema se aprobó en 1967 la Ley de Bases de la Seguridad Social, cuyo fin era el de ampliar la cobertura a profesionales autónomos y a funcionarios con titulación, como consecuencia se consiguió pasar del 53,1% de población cubierta en 1966 al 81,7% en 1978 (García Armesto, Abadía, Durán, Hernández y Bernal, 2011, p. 34).

El Instituto Nacional de Previsión se extinguió con la aprobación del Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. Desde este momento sus funciones fueron asumidas por tres institutos nacionales diferentes: el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Todo ello junto a la aprobación de la Constitución española, que reconoce el derecho a la

protección de la salud en su artículo 43⁴⁷, conforman el punto de partida de un cambio del modelo sanitario, pasando de un sistema de Seguro Social (modelo *bismarckiano*) a un sistema de Servicio Nacional de Salud (modelo *beveridge*).

Entre 1978 y 1981 la asistencia sanitaria estuvo encomendada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social hasta la creación, en 1981, del nuevo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Sin embargo, la autoridad máxima en la gestión de la asistencia sanitaria, a pesar su dependencia jerárquica del Ministerio correspondiente, recayó en el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), que desde 1978 a 2002 se convierte en el responsable y gestor de todas las redes sanitarias públicas (García Armesto et al., 2011, p. 35).

A partir de 1978 el sistema sanitario español experimentó una gran transformación. Por un lado se activaron reformas que prepararon el terreno para la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 y, por otro, se inició el proceso de descentralización de competencias hacia las Comunidades Autónomas. Entre los problemas contemplados en las reformas de los años 80, destacan la ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios sanitarios. La cobertura, al no ser universal, procuraba niveles de desigualdad comprometidos, dado que sólo cubría a los trabajadores asalariados, quedando desprotegidas las capas de población más necesitadas, que recurrían a la beneficencia, y propiciando que las personas con más medios acudieran al sector privado. A esta realidad se sumaba la gran variedad de redes de asistencia sanitaria que, junto al anquilosamiento de la atención primaria, dificultaban el acceso a los servicios sanitarios (García Armesto et al., 2011, pp. 35-37).

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, además de completarse la transición de un sistema de Seguro Social restringido a un Servicio Nacional de Salud de carácter universal y financiado a través de impuestos, se quiso dar respuesta a los problemas anteriormente expuestos. El Sistema Nacional de Salud está definido como el conformado por "todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud" y por el "conjunto de servicios de salud coordinados entre la administración del Estado y de las Comunidades Autónomas". Dicho sistema creó un modelo de asistencia sanitaria universal basado en los principios de equidad y solidaridad, integrando las distintas redes de servicios sanitarios e impulsando un nuevo modelo de atención primaria. Todo ello,

⁴⁷ Art. 43 CE - Constitución española: "La organización y la tutela de la salud pública es competencia de los poderes públicos, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios"

llevando a cabo el proceso paulatino de las transferencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas (García Armesto et al., 2011, p. 37-38).

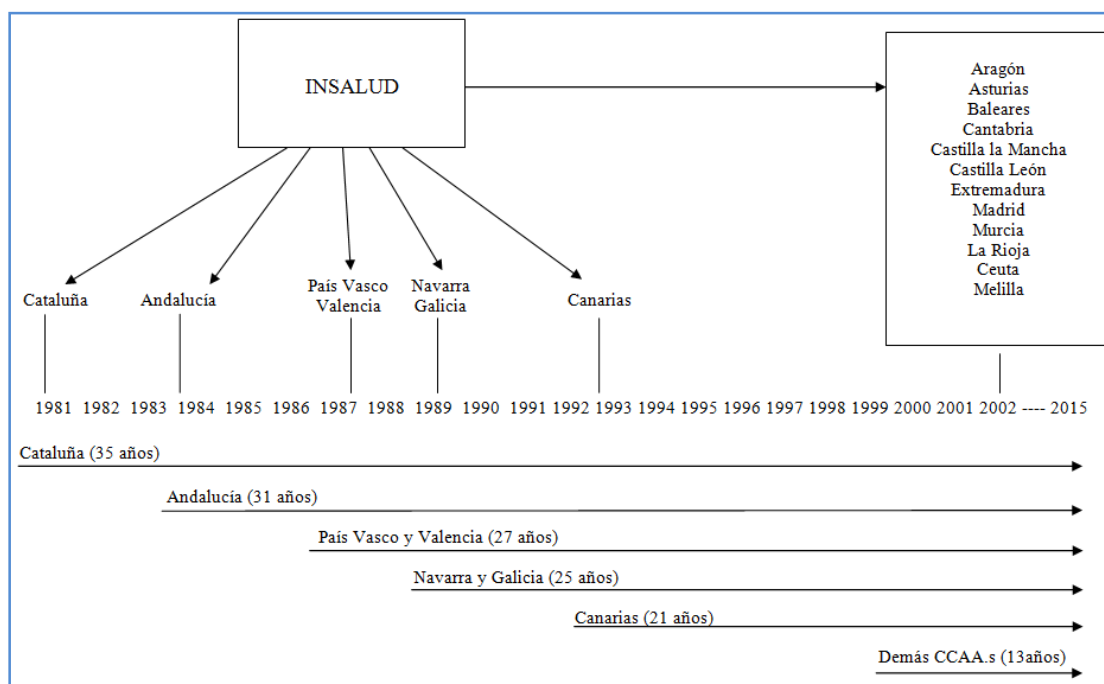
Cuadro 6. Normas y eventos significativos para el Sistema Sanitario en España.

Normas y eventos significativos para el Sistema Sanitario en España	
Año	Hecho
1908	Creación del Instituto Nacional de Previsión (INP)
1942	Ley sobre el Seguro Sanitario Obligatorio (SOE)
1978	Aprobación de la Constitución Española Creación del Insituto Nacial de la Salud (INSALUD)
1981	Institución del Ministerio de Sanidad Inicio del proceso de transferencia de competencias sanitarias: Cataluña
1984	Real Decreto 137/84 de Reforma de la Atención Primaria
1986	Aprobación de la Ley 14/1986 General de Sanidad Institución del Servicio Sanitario Nacional
2001 - 2003	Ley 16/2003 sobre la Cohesión y la Calidad del Sistema Nacional de Salud Finalización de las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas Abolición del INSALUD
2006	Ley de Garantías y uso racional del medicamento
2009	Renovación del acuerdo de financiación de las Comunidades Autónomas
2011	Ley General de Salud Pública
2012	Real Decreto - Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad

Fuente: elaboración propia.

El proceso de transferencias se produjo de manera gradual de 1981 a 2002. Como se puede observar en la siguiente figura, este proceso se desarrolló de forma asimétrica, agrupando a las Comunidades Autónomas en dos conjuntos. El primer grupo estaba formado por aquellas comunidades que, con una tradición de autogobierno, optaron por la llamada "vía rápida" en la adquisición de competencias: Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco (1987), Comunidad Valenciana (1987), Galicia (1990), Navarra (1990) y las Islas Canarias (1994). El segundo lo comprendían las 10 comunidades restantes, entre ellas se encontraba la Comunidad de Madrid, que continuaron siendo gestionadas por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) hasta 2002.

Figura 25. Cronología del proceso de transferencias sanitarias.



Fuente: reelaboración a partir de Ventura Victoria (2003, p. 307).

En 2002 se da por finalizado el proceso de descentralización sanitaria en cada una de las Comunidades Autónomas. En relación a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, la Administración Central del Estado se encarga de gestionar la asistencia sanitaria de éstas, a través del Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA) (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p. 6)

Apenas se completó esta importante etapa de la sanidad española en la que las competencias fueron traspasadas en su totalidad a las 17 nuevas Consejerías o Departamentos de Salud, el Parlamento español, sin dilación, aprobó en 2003 la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo era lograr un equilibrio entre la descentralización y la coordinación nacional. Para ello incluía un nuevo marco de coordinación, respetando la distribución de poderes, pero que de alguna manera buscaba construir un marco nacional para garantizar una equidad real y calidad en todo el territorio. Para cumplir este objetivo, la ley contempló la creación de varios entes: la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Además, esta ley dotó al Consejo

Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)⁴⁸, creado con la Ley General de Sanidad de 1986, de una mayor capacidad, ostentando así la máxima responsabilidad en la coordinación del Sistema Nacional de Salud (García Armesto et al., 2011, p.41).

Sin embargo, entre la aprobación de la Ley 14/1986 y la Ley 16/2003, que constituyen el marco jurídico en torno al cual el sistema sanitario se fundamenta, fue necesario, durante los años 90 impulsar nuevas reformas que contuvieran el coste sanitario, dando así espacio a la innovación en la gestión sanitaria. Estas reformas se promovieron a partir del Informe Abril⁴⁹, presentado en septiembre de 1991 por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud en el Congreso de los Diputados, bajo el tercer gobierno socialista de Felipe González. Este documento expresa claramente en su preámbulo la necesidad de una evolución en el sistema sanitario:

"(...) debido a las crecientes tensiones económicas derivadas del imparable aumento de los gastos sanitarios, profundas mutaciones demográficas, nuevas actitudes sociales y la presión incesante del acelerado progreso "técnico-médico demandan en todo el mundo la revisión y transformación de los actuales sistemas de asistencia sanitaria". (Informe Abril, 1990).

El Informe Abril, ante estas dificultades, planteó varias propuestas. En relación a la gestión, propuso separar las funciones de financiación, compra y provisión de los servicios sanitarios y transformar los centros sanitarios en empresas públicas regidas por derecho privado (Martín Martín, 2013, p. 4). También propuso la creación de un mercado interno de proveedores que estimulara la competencia y la aprobación de un nuevo marco jurídico que permitiera a determinados hospitales auto-gestionarse (Ventura Victoria, 2003, p. 31). Estas propuestas pretendían dar respuesta a los problemas del funcionamiento del sistema sanitario, pero a pesar de ser un informe con vocación de

⁴⁸ El Consejo Interterritorial del Sistema tiene como función principal la de garantizar un nivel mínimo de asistencia en todo el territorio nacional a todos los ciudadanos españoles sin distinción de la comunidad autónoma de procedencia. Las decisiones de este órgano se adoptan en consenso y se plasman en recomendaciones que afectan a las competencias de las CC.AA.

⁴⁸ El Informe Abril, fue elaborado por la "Comisión de expertos para el estudio del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro" Nacional de Salud - CISNS: es un órgano de coordinación constituido por el Ministro de Sanidad, que lo preside, y por los 17 Consejeros regionales competentes en materia de Salud. Su función principal es la de garantizar un nivel mínimo de asistencia en todo el territorio nacional a todos los ciudadanos españoles sin distinción de comunidad autónoma de procedencia. Las decisiones de este órgano se adoptan en consenso y se plasman en recomendaciones que afectan a las competencias de las CC.AA.

⁴⁹ El Informe Abril, fue elaborado por la "Comisión de expertos para el estudio del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro".

verdadera reforma, que detalló con alta precisión los problemas y cómo éstos debían ser afrontados, no tuvo una buena recepción y no fue defendido por ningún grupo político (Informe Abril Martorell, 2003). A pesar de que se dejó caer en el olvido, sus conclusiones sí marcaron un antes y un después.

La toma de conciencia que supuso el Informe Abril sobre los problemas que acuciaban al sistema sanitario español llevó a la creación de instrumentos y condiciones necesarias para dar espacio a nuevas formas de gestión, que suministrasen en un modo más eficiente prestaciones sanitarias de mayor calidad. Según Ventura Victoria (2003, p. 313), la introducción de la fórmula desde 1992 del "contrato programa"⁵⁰, en las Comunidades Autónomas que aún se regían bajo el INSALUD, fue un primer paso en el proceso de separación de funciones entre comparadores y proveedores y significó un cambio en la cultura de la organización, pues era necesario tener en cuenta la previsión del gasto, los sistemas de gestión, la cartera de servicios y la implicación de los profesionales. Para consolidar la separación de funciones, además de emplear este instrumento, se creó, a través de la aprobación de la Ley 30/1994 de Fundaciones, una nueva figura jurídica de gestión directa que permitía transformar los centros hospitalarios en Fundaciones Públicas Hospitalarias⁵¹.

Lo que se pretendía era reforzar la autonomía de gestión y la separación real entre los entes compradores y las instituciones sanitarias suministradoras de los servicios asistenciales, pero fue la Ley 15/1997, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, la que respaldó legalmente esta transformación (Ventura Victoria, 2003, pp. 314-315). Esta ley no excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión sanitaria, aunque deben mantener su naturaleza o titularidad pública y carácter de servicio público de la asistencia, y menciona explícitamente la gestión indirecta de los servicios, remitiéndose a la Ley General de Sanidad.

⁵⁰ El "Contrato Programa" es una fórmula de gestión instituida en 1992 bajo la influencia del Informe Abril y el documento británico "*Working for patients*", dicha fórmula se basa en un acuerdo entre la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud y las Gerencias de Atención Primaria y Especializada para una mayor eficiencia en la gestión sanitaria.

⁵¹ Las Fundaciones Públicas fueron creadas a través de la Ley 30/1994 como fórmula de gestión directa. Son entidades con personalidad jurídica propia, gestionadas por un consejo supervisado por las autoridades sanitarias públicas.

El siguiente cuadro muestra la clasificación de modalidades de gestión de los servicios sanitarios según la naturaleza de los proveedores y su relación con los financiadores-compradores (Ventura Victoria, 2003, p. 316).

Cuadro 7. Gestión de los servicios sanitarios.

GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS		
GESTIÓN INDIRECTA		GESTIÓN DIRECTA
Formas de contratación externa o vinculación contractual	Fórmulas jurídicas	<ul style="list-style-type: none"> – Formas sin personificación jurídica – OACA(Organismos Autónomos de Carácter Administrativo) – Ente Público – Consorcio – Fundación – Sociedad Mercantil Pública – OA (Organismo Autónomo) – Entidad pública empresarial
<ul style="list-style-type: none"> – Convenio – Concierto – Concesión – Arrendamiento 	<ul style="list-style-type: none"> – Cooperativa – Sociedad Laboral – Sociedad mercantil de titularidad privada – Fundación Privada 	

Fuente: Martín Martín (2003, p. 21).

En el Sistema Nacional de Salud español la modalidad de la gestión directa es la predominante. Ésta implica la producción del servicio público directamente por la administración, aunque se apoye en una persona jurídica. Esta solución permite, mediante la utilización del derecho privado, adquirir una flexibilidad y libertad en el funcionamiento, evitando así la rigidez del derecho público (Martin Martin, 2013, p. 5).

La producción del servicio público en la gestión indirecta se efectúa a través del sector privado, pero la administración pública mantiene la provisión del servicio público mediante la utilización de los instrumentos jurídicos de contratación externa. La colaboración público-privada en el Sistema Nacional de Salud está regulada por la Ley General de Sanidad, la Ley 13/2003, que regula el contrato de concesión de obras públicas, la Ley 30/2007 de Contratos del Sector Público y la normativa de cada una de las Comunidades Autónomas. En España se han desarrollado dos tipos de experiencias: el modelo PFI (*Private Finance Initiative*) y las concesiones sanitarias administrativas o modelo Alzira (Martin Martin, 2013, p. 5).

El modelo PFI (*Private Finance Initiative*) se caracteriza por el contrato entre la administración pública y una empresa para la realización de una inversión que conllevará la gestión por parte de la empresa de un conjunto de servicios durante un determinado periodo (Martin Martin, 2013, p. 16). El objetivo de esta fórmula es la inversión de capital privado en proyectos públicos, como puede ser la creación de un nuevo hospital. Los

bienes son de propiedad del sector privado, que asume aquellos riesgos que el sector público no desea asumir, y la gestión privada se limita a los servicios no clínicos, por los que reciben un canon anual⁵² de la administración pública (Martin Martin, 2013, p. 17).

La concesión sanitaria administrativa o modelo Alzira se diferencia del modelo PFI (*Private Finance Initiative*) porque se externaliza el entero servicio público sanitario, incluyendo el servicio clínico. Esto significa que el personal sanitario (médicos, enfermeras, etc...) está regulado por un convenio colectivo propio. Esta fórmula jurídica trata de asegurar la asistencia sanitaria en un territorio o área de salud a través de la adjudicación en régimen de concesión administrativa a una empresa o unión temporal de empresas (UTE) de todo el servicio sanitario, estipulando un contrato de una cierta duración con la administración pública (Martin Martin, 2003, p. 39).

Como se puede observar, los modelos de gestión empezaron a tomar forma en los años 90 y las primeras experiencias de gestión indirecta comenzaron a desarrollarse a finales de esa década y principios del siglo XXI, coincidiendo con la finalización del traspaso de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas. Es por este motivo, como ya se ha adelantado anteriormente, que se impulsó la aprobación de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional ante el nuevo escenario.

Desde la aprobación de esta ley hasta 2014, año en el que finaliza el presente estudio, los objetivos de las reformas posteriores han sido: la cohesión, la calidad y la definición de la cartera de los servicios comunes del sistema, la financiación y déficit de las Comunidades Autónomas.

Con respecto a la financiación, antes de que finalizara el proceso de competencias se intentó introducir el principio de corresponsabilidad fiscal en la financiación de los sistemas regionales de salud. En 2001 se aprobó la Ley 21/2001, que instauró un nuevo sistema de financiación cuyo objetivo era la suficiencia presupuestaria de todas las Comunidades Autónomas y la solidaridad entre territorios (García Armesto et al., 2011, p.40). Esta ley no fue modificada hasta 2009 con la aprobación de la Ley 22/2009, sobre la regulación del sistema de financiación, que conllevó importantes cambios en la autonomía financiera de las Comunidades Autónomas; estos cambios afectan al IRPF y a

⁵² El canon anual cubre los costes de construcción, equipamiento del mobiliario inicial y su renovación, así como la prestación de un conjunto de servicios no sanitarios (Martín Martín, 2013, p. 17).

la equidad de los mecanismos de financiación, introduciendo un sistema de nivelación limitada de los servicios públicos fundamentales (España, Consejo de Política Fiscal y Financiera, 2009, p. 12).

Para finalizar este epígrafe es necesario destacar, en relación a las reformas, que en los últimos meses de gobierno socialista, concretamente el 4 de Octubre de 2011, se votó en el Parlamento Nacional la Ley General de Salud Pública que garantizaba la universalización de la sanidad a todos los españoles residentes en el territorio nacional; hasta ese momento unos 200.000 españoles estaban descubiertos, debido a situaciones personales, como la finalización de la prestación de desempleo. Su objetivo principal era el de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población a través de la prevención de la enfermedad, promoviendo y protegiendo la salud de las personas (La atención universal, 2011).

Siete meses más tarde, ya bajo el gobierno de Mariano Rajoy (PP), se aprueba el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones. Este Real Decreto tiene un gran impacto y es considerado como la primera reforma sanitaria después del estallido de la crisis económica.

El objetivo principal del citado Real Decreto Ley es el de garantizar la sostenibilidad del sistema frente a las dificultades económicas a las que España se enfrenta (España, 2012, Real Decreto Ley 16/2012, [disposiciones generales]). Para ello redefine varios aspectos cruciales: la condición de asegurado y beneficiario de la asistencia sanitaria (excluyendo a los extranjeros no residentes), la nueva la cartera de servicios (que descarta ciertas prestaciones que antes estaban cubiertas), la implantación de nuevas medidas en materia de recursos humanos del sistema con la modificación del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud y la coparticipación en el gasto farmacéutico.

La condición de asegurado ya no dependerá de la acreditación de residencia, sino de la afiliación a la Seguridad Social bajo 4 supuestos (España, 2012, Real Decreto Ley 16/2012, [Art. 3]):

- Ser trabajador, por cuenta propia o ajena, afiliado a la Seguridad Social.
- Ser pensionista del sistema de la Seguridad Social.

- Ser perceptor de cualquier prestación de la Seguridad Social (viudedad, desempleo, etc...).
- Haber agotado la prestación o subsidio por desempleo pero figurar inscrito en la oficina del SEPE como demandante de empleo.

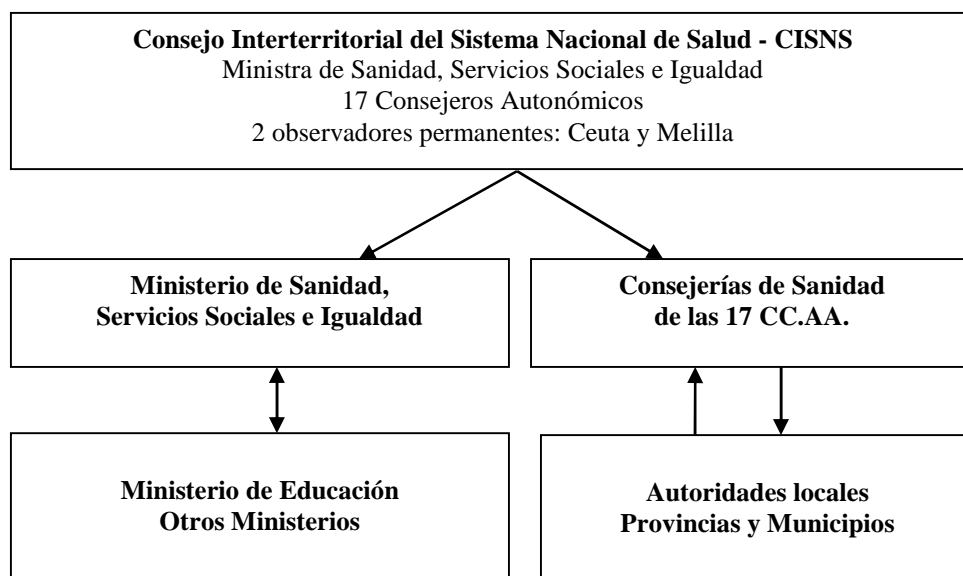
En relación a la coparticipación en el gasto farmacéutico, éste dependerá de la renta de los afiliados. De esta manera aquellos con una renta superior a 100.000€ se harán cargo del 60% del precio total de los medicamentos; las rentas entre 18.000 y 100.000 lo harán de un 50%; las rentas inferiores a los 18.000, de un 40% y los pensionistas de un 10% (España, RDL 16/2012 [Capítulo IV, 13 Art. 94 bis 5]).

La aplicación de esta reforma en las Comunidades Autónomas ha sido muy criticada por gran parte de la ciudadanía y de los profesionales sanitarios. Este rechazo social ha provocado numerosas huelgas y marchas, conocidas como "marea blanca".

3.1.3. Organización del Sistema Sanitario.

La organización del sistema sanitario español está articulada en función de las competencias otorgadas a los diferentes niveles de la administración y a los órganos creados para el buen funcionamiento del sistema. En la siguiente figura se puede observar cómo se estructura el Sistema Nacional de Salud y cuáles son las relaciones entre los citados órganos y niveles de gobierno.

Figura 26. Estructura orgánica del Sistema Nacional de Salud.



Fuente: elaboración propia.

a. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Como ya se ha adelantado anteriormente, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) fue creado en 1987, después de la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986; sin embargo, fue la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud la que reforzó sus competencias hasta situarlo como el órgano máximo de coordinación, modificando su composición (Ministro de Sanidad y Política Social, 17 Consejeros Autonómicos de Sanidad y 2 Observadores Permanentes de las Ciudades con Estatuto de Autonomía: Ceuta y Melilla) (García Armesto et al., 2011, p.44).

Así como se establece en la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, el Consejo Interterritorial tiene competencia para emitir recomendaciones, adoptadas por consenso, sobre materias esenciales relacionadas con la planificación, la evaluación y la coordinación del Sistema Nacional de Salud. Para realizar sus funciones se apoya en una Comisión Delegada, que prepara las reuniones y vigila los grupos de trabajo, además de velar por la aplicación de los acuerdos. Esta comisión está integrada por el Secretario General de Sanidad y un miembro de cada comunidad autónoma. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud también cuenta con un Comité Consultivo en el que se posibilita la participación de la sociedad civil. El Comité está integrado por 6 representantes de la Administración General del Estado, 6 representantes de las Comunidades Autónomas, 4 representantes de la Administración Local, 8 representantes de las organizaciones empresariales y 8 representantes de las organizaciones sindicales (García Armesto et al., 2011, p.44-45).

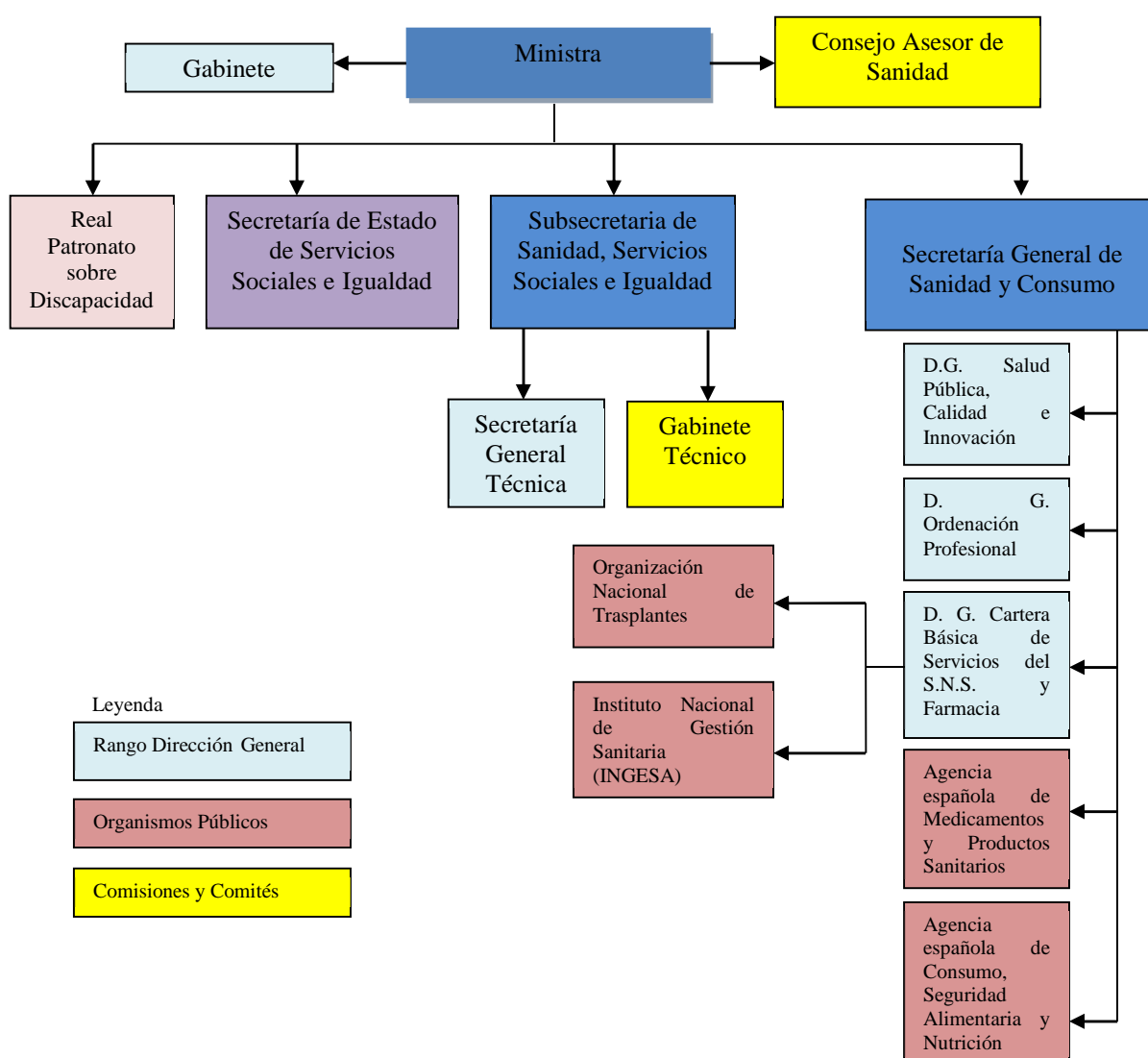
En resumen, el objetivo principal de este órgano es el de posibilitar la cohesión y la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios mediante la coordinación y cooperación de los servicios de salud.

b. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La Administración General del Estado o gobierno central delega en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad las funciones para garantizar el derecho a la protección de la salud. Aunque como se puede observar en la figura 26, otros ministerios,

como el Ministerio de Educación⁵³, colaboran en esta tarea, aportando desde sus competencias apoyo al sistema. Entre las competencias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad figuran la elaboración de la política sanitaria y la legislación básica en materia sanitaria; la sanidad exterior y acuerdos sanitarios internacionales; y la legislación y autorización de medicamentos y productos sanitarios (España, Ministerio de Sanidad, Serivicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 6). Además de estas competencias, a través de su Secretaría General de Sanidad y Consumo, es responsable del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), gestionando la asistencia sanitaria en las ciudades de Autónomas de Ceuta y Melilla.

Figura 27. Organización del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Fuente: reelaboración propia a partir de España, *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*.

⁵³ El Ministerio de Educación es el responsable de la regulación de la formación universitaria de los profesionales sanitarios.

La figura 27 representa el organigrama actual del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, aunque sólo se ha plasmado la parte que concierne a la sanidad. Este esquema fue remodelado mediante el Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolló la nueva estructura orgánica del Ministerio de Sanidad, vigente hasta la redacción de este documento. Dicho organigrama ha sido simplificado con respecto al de la anterior legislatura: se han reducido de cuatro a tres las direcciones generales bajo la Secretaría General de Sanidad y se ha sumado la Agencia Española de Consumo a tres organismos públicos, tal y como se puede observar en el esquema.

c. Comunidades Autónomas - CC.AA.

La finalización del proceso de transferencia de las competencias en materia sanitaria en 2001 convirtió a las Comunidades Autónomas en las máximas responsables en la planificación y organización de su propio sistema sanitario, respetando el marco establecido por la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley de Cohesión y la Ley de Calidad del Sistema Nacional de Sanidad de 2003 (García Armesto et al., 2011, pp. 50-51).

Habitualmente los sistemas regionales de salud se estructuran en torno a una Consejería de Salud o Departamento de Salud o Sanidad, que es el órgano responsable de la regulación y la planificación en materia de política y atención sanitaria y, además, define la cartera de servicios correspondientes. El servicio regional de salud es el encargado de proveer los servicios sanitarios en el territorio de competencia (García Armesto et al., 2011, p. 51). Con respecto a las funciones de compra y provisión del servicio sanitario, algunas comunidades han decidido incluir en la red pública una red de proveedores privados, separando así estas dos funciones: la función de compra queda en manos del servicio regional de salud y la función de provisión se lleva a cabo tanto por proveedores públicos como por privados (García Armesto et al., 2011, p. 51).

La Consejería de Salud o Departamento de Salud es responsable de la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su competencia. Es decir, decide cómo se distribuirán las áreas de salud y las zonas básicas de salud y decide también sobre el grado de descentralización y competencias que se atribuyen a las estructuras de gestión del sistema (García Armesto et al., 2011, p. 51).

El modelo más frecuente en el Servicio Regional de Salud es aquel que se organiza en dos gerencias: una dedicada a la atención primaria y otra dedicada a la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria) en cada área sanitaria. Sin embargo, hay servicios regionales que han optado por una gerencia única, como es el caso de la Comunidad de Madrid, en la que tanto la atención primaria como la especializada están integradas.

Cada una de las Consejerías de Salud o Departamento de Salud han ordenado su territorio de competencia en un mapa sanitario, que se subdivide en dos niveles de desagregación: el Área Sanitaria y la Zona Básica.

Las zonas básicas de salud, como unidad organizativa de menor tamaño, sirven de referencia para la acción del equipo de atención primaria, que actúa como puerta de entrada del sistema. Aclarar que, en España, para poder acceder a la atención especializada es necesaria la prescripción, mediante volante o prescripción médica, por parte del médico de familia o pediatra. El criterio utilizado para la delimitación de las zonas es el tiempo de desplazamiento desde el domicilio del enfermo al centro de salud, tiempo fijado en 30 minutos; lo que supone que la población cubierta por dichas zonas básicas de salud sea amplia, de entre 5.000 a 25.000 habitantes (García Armesto et al., 2011, p. 101).

Las áreas sanitarias se delimitan teniendo en cuenta varios factores de tipo geográfico, socioeconómicos, demográficos, epidemiológicos, etc. Cada una de ellas no debe abarcar una población menor a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Las áreas sanitarias son las responsables de prestar el servicio de atención primaria y especializada. Es importante resaltar que algunas comunidades, como la Comunidad de Madrid, han unificado sus áreas sanitarias en un área única (García Armesto et al., 2011, p. 100).

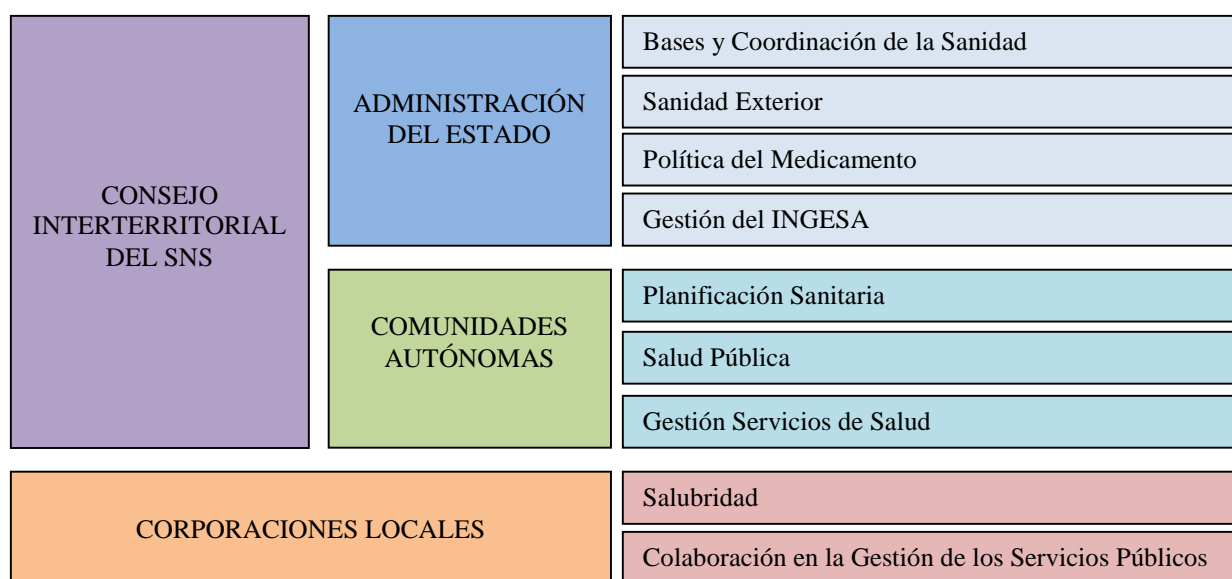
d. Las Administraciones Locales .

El papel relegado a las Administraciones Locales después de la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 es muy reducido, dado que la mayor parte de las responsabilidades recaen en las Comunidades Autónomas. Las funciones principales de las Administraciones Locales son: garantizar un medio ambiente saludable y colaborar en la gestión de los servicios públicos sanitarios. Para poder llevarlas a cabo tienen

representación en los Consejos de Salud de Área, órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión del servicio sanitario (García Armesto et al., 2011, p. 52).

La figura que se observa a continuación muestra el actual reparto de competencias entre los diferentes niveles de administraciones que intervienen en el Sistema Nacional de Salud español.

Figura 28. Competencias de las Administraciones Públicas en Materia Sanitaria.



Fuente: España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012).

La descentralización de las competencias en materia sanitaria ha dado lugar a 17 sistemas regionales de salud que poseen los instrumentos adecuados para organizar y proveer los servicios necesarios, en la manera en la que los gobiernos regionales estimen más oportunos, con la premisa de garantizar en condiciones de equidad la prestación sanitaria a toda la población de la que son responsables.

De esta manera, es interesante estudiar no sólo cómo evolucionan los diferentes sistemas regionales, sino cuáles son las políticas que ponen en marcha los responsables políticos para afrontar de manera más eficiente la provisión del servicio sanitario. El presente estudio se centrará en la Comunidad de Madrid, cuyo sistema con sus características será abordado en los capítulos 7, 8 y 9 de esta investigación.

3.1.4. Financiación del Sistema Sanitario Español.

La financiación del sistema sanitario español ha evolucionado desde la aprobación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), primer modelo de financiación del sistema. Esta norma ha sido modificada por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación que se origina después de la finalización del traspaso de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas; por la Ley Orgánica 3/2009, de 18 de diciembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas; y por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula de nuevo el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas modificando determinadas normas tributarias (García Armesto, 2011, p. 212).

El periodo en el que la Ley 8/1980 estuvo vigente tuvo lugar el proceso paulatino de descentralización de las competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas. Esto supuso que el Ministerio de Sanidad negociara bilateralmente el presupuesto sanitario con las Consejerías Autonómicas de aquellas comunidades que ya habían adquirido las competencias sanitarias y que, además, siguiera siendo el responsable, hasta 2011, en materia de financiación para aquellas comunidades que estaban bajo el INSALUD (García Armesto et al., 2011, pp. 39-40). El sistema de financiación propugnado por la LOFCA se definía por su carácter finalista y no preveía un límite en el gasto; lo que significaba que las Comunidades Autónomas podían generar un déficit que trasladaban al siguiente periodo presupuestario, que afrontaba el Gobierno Central y que servía de referencia para la nueva fase presupuestaria (García Armesto et al., 2011, p. 40). Lógicamente, este hecho generaba ineficiencias y desigualdades que intentaron corregirse con la aprobación de la Ley 21/2001, cuyo objetivo principal era la introducción del principio de corresponsabilidad fiscal en los sistemas regionales de salud (García Armesto et al., 2011, p. 40).

La Ley 21/2001 fue aprobada justo antes de la finalización del traspaso de competencias y su cometido estaba orientado a subsanar los problemas de solidaridad entre territorios y la suficiencia de las Comunidades Autónomas en relación a la financiación de los servicios transferidos. Entre las novedades que aporta esta ley, la más destacada es que la financiación sanitaria deja de ser finalista y pasa a ser integrada en el importe total de los fondos asignados a cada comunidad (García Armesto et al., 2011, p. 40). Toma también

como referencia el criterio per cápita, definiéndolo en base a la dispersión de la población, y la extensión e insularidad del territorio; además, reconoce un mayor grado de autonomía a los gobiernos regionales, autorizándolos a regular algunos componentes del sistema tributario, como parte de los tramos del IRPF (40%) y otros impuestos (el 35% del IVA y el 40% de impuestos indirectos) generados dentro del territorio de cada una de las Comunidades Autónomas (García Armesto et al., 2011, p. 41). Se podría afirmar que las Comunidades Autónomas se financiaron utilizando dos instrumentos: los impuestos regionales y nacionales, a través de la cesión parcial o total de éstos, y los Fondos de compensación⁵⁴ y garantía⁵⁵ del Gobierno Central (García Armesto et al., 2011, pp. 82-84).

La aplicación de este modelo elaborado con la Ley 21/2001 puso de manifiesto algunas dificultades, por ello el Consejo de Política Fiscal y Financiera quiso impulsar un nuevo sistema de financiación autonómica, regulado a través de las Leyes 3/2009 y 22/2009, que ajustase la financiación tomando como referencia aspectos clave como los cambios demográficos (García Armesto et al., 2011, p. 86). No se trata de un nuevo modelo de financiación, sino de una corrección del anterior. Modificó el criterio "per cápita" por el de población efectivamente protegida, incluyendo los menores y las personas de y a partir de los 65 años; definió los denominados servicios públicos fundamentales y redefinió los fondos de compensación y garantía con el objetivo de garantizar los mismos servicios en aquellas Comunidades Autónomas con un menor nivel de renta (García Armesto et al., 2011, p. 87).

En cuanto a las fuentes de financiación, las Comunidades Autónomas han pasado a disfrutar de una mayor autonomía fiscal al incrementarse la cesión de los tributos: 50% IRPF e IVA y 58% de los impuestos especiales.

Según García Armesto et al. (2011, pp. 87-88), los instrumentos que toman parte en el sistema de financiación, en relación a las transferencias de los presupuestos generales del Estado, son:

⁵⁴ Fondos de Compensación: fondos creados para subsanar los desequilibrios económicos interterritoriales y hacer efectivo el principio de solidaridad en materia sanitaria.

⁵⁵ Fondo de Garantía: garantiza que la financiación asignada a cada comunidad autónoma no sea inferior a los recursos asignados con anterioridad.

- Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales⁵⁶, tomando como criterio para su cálculo factores ya empleados anteriormente como la extensión, la dispersión o la insularidad y basándose también en la población protegida equivalente⁵⁷.
- El Fondo de Suficiencia Global: para su cálculo se necesita la diferencia entre la ponderación de las necesidades globales de cada comunidad autónoma (recursos tributarios propios, cedidos y los que aporta adicionalmente el Estado) y la suma de los ingresos tributarios e importes provenientes del Fondo de Garantía.

Junto a estos dos fondos operan otros dos fondos de convergencia:

- Fondo de Competitividad: busca compensar la financiación per cápita aportando recursos adicionales a las Comunidades Autónomas cuya financiación per cápita sea inferior a la media o también inferior a su capacidad tributaria per cápita (España, 2009, Ley 22/2009 [Art. 23]).
- Fondo de Cooperación: busca nivelar la convergencia regional distribuyendo entre las Comunidades Autónomas con un PIB por habitante inferior al 90% del PIB per cápita medio (España, 2009, Ley 22/2009 [Art. 24]).

3.1.5. Gasto en el Sistema Sanitario Español.

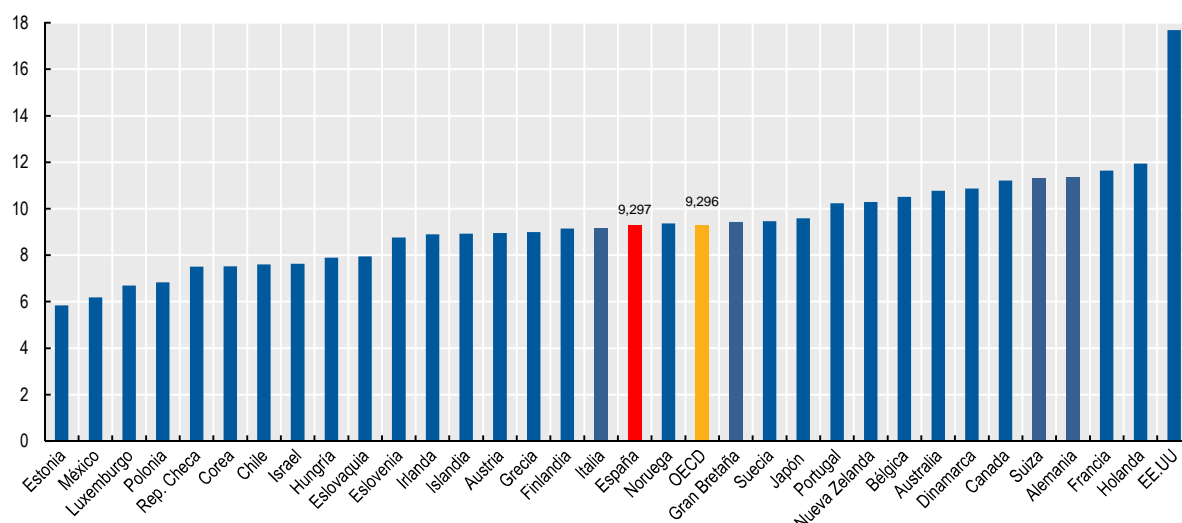
El gasto sanitario de España siempre se ha mantenido bajo si se compara con los datos que ofrecen otros países de la UE, tanto como porcentaje del PIB como gasto per cápita.

En la figura que se muestra a continuación, se observa que, según datos de la OCDE referidos a 2012, el gasto sanitario español como porcentaje del PIB fue del 9,3% (6,79% público y 2,51% privado). Comparado con los datos de años anteriores, se ha producido una ligera disminución (2010 - 9,6% y 2011 - 9,4%).

⁵⁶ Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales: Instrumento que permite una financiación igualitaria básica para las competencias de sanidad, educación y servicios sociales esenciales integradas en el sistema. Este fondo define el volumen global de financiación a distribuir, las fuentes de financiación del mismo y los criterios de distribución y actualización anual de estos recursos de acuerdo con las características y necesidades de la población (Díaz de Sarralde, 2011, p. 86).

⁵⁷ Población protegida equivalente: Ponderación de la población protegida en cada uno de tramos de edad en proporción a su nivel relativo de gasto sanitario per cápita.

Figura 29. Gasto sanitario como porcentaje del PIB. Países de la OCDE (2012).



Fuente: OCDE (2014c).

Estos datos revelan que España, debido a la crisis económica y financiera iniciada en 2008, ha reducido su gasto igualando en porcentaje a la media europea y que, por tanto, se ha producido una contracción en evolución del gasto sanitario, ya sea como porcentaje del PIB que como gasto sanitario por habitante (3.020 US\$PPP en 2010, 3.405 US\$PPP en 2011 y 3.289 US\$PPP en 2012).

La tabla 10 plasma datos sobre el gasto sanitario total público y privado en el periodo de 2008 a 2010. La comparación de éstos con los ofrecidos también por la OCDE verifica la contracción del gasto sanitario total como porcentaje del PIB.

Tabla 10. Gasto sanitario total: público y privado en millones de euros y porcentaje de PIB. España 2008 - 2010.

	2008		2009		2010	
	Mill.Euros	% PIB	Mill.Euros	% PIB	Mill.Euros	% PIB
Gasto Sanitario Público	71.169,60	6,5	75.395,30	7,2	74.732,30	7,1
Gasto Sanitario Privado	26.115,70	2,4	25.496,90	2,4	26.008,50	2,5
Gasto Sanitario Total	97.285,30	8,9	100.892,30	9,6	100.740,80	9,6

Fuente: OCDE (2012).

Otros datos indicativos que ofrece la OCDE son la cuota pública del gasto sanitario, que en España alcanzó el 71,7% en 2012, mientras que la cuota relativa a los pagos directos de los ciudadanos en el mismo año se estableció en el 21,8%.

Como conclusión, se podría afirmar que el gasto sanitario español no es excesivamente alto comparado con otros países de la OCDE, pero que éste ha experimentado un descenso en los últimos años a causa de la crisis económica y financiera.

3.2. Sistema Sanitario Italiano.

3.2.1. Introducción.

Después de la II Guerra Mundial y con la proclamación en 1948 de su Carta Magna, Italia se convierte en una República Parlamentaria. Al igual que España, posee un sistema bicameral formado por la *Camera dei Deputati* (Congreso de los Diputados) y por el *Senato della Repubblica* (Senado de la República). Ambas tienen las mismas funciones y competencias, lo que implica que cada ley tiene que obtener la aprobación tanto del Congreso como del Senado. Además, el Gobierno debe conseguir el apoyo de las dos cámaras para llevar a cabo cualquier iniciativa legislativa. Sin embargo, este planteamiento institucional, debido a los mecanismos de representación de las cámaras, produce un desequilibrio que conlleva una ralentización en las decisiones del Gobierno y una continua amenaza de veto, con la consecuente paralización de las iniciativas legislativas (Crivellini y Galli, 2011, p. 377). La complejidad institucional italiana se debe al poder que ostentan la gran variedad de sujetos que conforman la vida política e institucional, tanto a nivel nacional como regional. Italia está compuesta por 20 regiones, 5 de ellas (Sicilia, Cerdeña, Trentino-Alto Adigio, Valle de Aosta y Friuli-Venecia Julia) tienen reconocido un estatus especial (Crivellini y Galli, 2011, p. 378).

En relación a la evolución del sistema sanitario es necesario tener en cuenta dos aspectos fundamentales. El primero de ellos son las grandes diferencias existentes entre las regiones del norte y del sur del país; estas diferencias no se dan únicamente en el aspecto económico sino también en sus relaciones con el Estado central y, sobre todo, en la gestión pública de los servicios sanitarios. El segundo es la fuerte presencia de la Iglesia Católica, que ha influenciado a lo largo de la historia italiana culturalmente a la ciudadanía y al propio sistema, llegando a convertirse en uno de los principales actores dentro del citado sistema (Crivellini y Galli, 2011, p. 378).

Según datos del Instituto de Estadística Nacional Italiano (ISTAT), la población residente en Italia es de más de 59 millones de habitantes. Según datos de 2012, ofrecidos por la

OCDE, el gasto sanitario per cápita fue de 3.209 US\$PPP y el porcentaje total de PIB se situó en el 9,2%, lo que sitúa a Italia ligeramente por debajo de la media europea. En los últimos años el gasto sanitario per cápita se ha reducido en un 0,4% debido a la contracción de la crisis económica (OCDE, 2013b).

3.2.2 Evolución histórica y sus reformas.

Como en la mayoría de los países industrializados de su entorno, surgieron en Italia, a finales del siglo XIX, las primeras iniciativas legislativas en materia de organización sanitaria y, como consecuencia, un nuevo marco institucional consagrado a la tutela de la salud. Es necesario tener en cuenta que Italia se unificó como Reino en 1861; este hecho se traduce no sólo en la necesidad de unificar las diferentes normativas preexistentes a dicha unificación, sino en definir un sistema de organización ajustado a los tiempos y a los problemas de la sociedad en cada ámbito (Crivellini y Galli, 2011, p. 379).

En el ámbito sanitario, tan sólo un año después de la reunificación italiana, el Gobierno aprobó una ley sobre las obras pías con la que el Estado sancionó la plena autonomía del sector caritativo, controlado directa o indirectamente por la Iglesia (Crivellini y Galli, 2011, p. 380). En las décadas sucesivas las condiciones higiénicas de las ciudades y las consecuentes epidemias tuvieron efectos muy negativos sobre la población; todo ello impulsó la aprobación en 1888 de la Ley n.301, conocida también como Ley *Crespi*, que, además de unificar la normativa en todo el territorio nacional, configuró el primer tipo de sistema sanitario en Italia. Esta ley no previó una cobertura sanitaria universal, pero propulsó la creación de una estructura institucional mínima, que fuera capaz de hacer frente a las posibles urgencias sanitarias resultantes de la degradación de salud de los ciudadanos.

En relación a la cobertura y a su organización, que se expondrá más adelante, los ciudadanos, dependiendo de su estatus social y económico o de la pertenencia a una determinada categoría profesional (artesanos, obreros, trabajadores del campo, etc...), podían optar a ser tratados en instituciones privadas o por inscribirse voluntariamente a unos sistemas de mutuas. Aclarar que la Ley *Crespi* previó una asistencia sanitaria mínima para aquellas personas sin medios inscritas en las listas municipales de pobreza. De esta forma el Estado central facilitó una normativa y una estructura del sistema sanitario donde los ayuntamientos, los entes de beneficencia y de caridad eran los que

organizaban y garantizaban los escasos servicios de base (Crivellini y Galli, 2011, pp. 380-381).

Los hospitales existían con anterioridad a la Ley *Crespi*; su tradición y organización era fundamentalmente no laica y su función se basaba en la asistencia caritativa de los enfermos. Sin embargo, el avance de la medicina y los descubrimientos clínicos que se produjeron a finales del siglo XIX y a principios del XX hicieron que la concepción de los hospitales cambiara, asumiendo un papel público diferente al ostentado hasta entonces. Mientras que anteriormente aquellas personas con mayores recursos eran atendidas y se curaban en sus propias casas con visitas privadas por parte de los médicos, como consecuencia del citado avance de la medicina y de la transformación de las estructuras sanitarias y hospitales, acudir al hospital dejó de significar "ser acompañado a la muerte" para ser concebido como "recibir una terapia para sanar" (Crivellini y Galli, 2011, p. 386). Este cambio de mentalidad también cambió la actitud de las personas, que no donarían dinero o bienes a las organizaciones hospitalarias sólo por caridad, sino que el fin de la contribución se destinaba hacia una modernización de las estructuras y de la medicina (Crivellini y Galli, 2011, p. 387). Este cambio de percepción se traduce en una reforma hospitalaria que se llevó a cabo con la aprobación en 1890 de la Ley n.6972, iniciativa legislativa considerada como una injerencia del Estado en las estructuras de asistencia caritativa, declarándolas de interés público y situándolas bajo la autoridad pública de las Prefecturas (Crivellini y Galli, 2011, pp. 383-384).

El auge de la industrialización conllevó fuertes movimientos migratorios hacia las ciudades y la aparición de un nuevo tejido social. En esta época surgieron en Italia, al igual que en los demás países europeos, una variedad de mutuas cuya adhesión era voluntaria; tal era el caso de la Caja Nacional Contra los Accidentes, instituida en 1883, teniendo que esperar hasta 1898 para alcanzar la obligatoriedad de inscripción a través de la institución del Seguro Obligatorio Contra los Accidentes (Crivellini y Galli, 2011, p. 388-389). La cobertura sanitaria a través de un sistema de mutuas se desarrolló en el período fascista (1922 - 1943). En 1934 se constituyó la Federación Nacional de las Cajas, las cajas de mutuas de enfermedad son las que proveían prestaciones sanitarias al trabajador y a su familia y sus servicios estaban igualmente dirigidos a aquellos ciudadanos que, por su situación personal, no podían pagarse los servicios de un médico privado y que tampoco figuraban inscritos en las listas municipales de pobreza (Crivellini y Galli, 2011, pp. 390-391).

Sin embargo, la consolidación del Seguro Contra la Enfermedad y del sistema de mutuas *Bismarckiano*, aprobado mediante la Ley 138 de 11 de enero de 1943, coincide con la finalización del periodo fascista y la llegada del nuevo régimen republicano. De hecho, tanto la extensión del modelo de aseguración a través de las mutuas, como la nueva Constitución italiana son los principales elementos que definieron la organización sanitaria y su modelo hasta 1978. La seguridad social en el periodo 1943 - 1978 siguió organizándose en torno a tres grandes entes: INPS (Vejez, Invalidez, Desempleo), INAIL (Accidentes y Enfermedades Laborales) e INAM (Enfermedad y Maternidad). El Instituto Nacional para el Seguro contra la Enfermedad (INAM) donde confluyeron varias mutuas de las diferentes organizaciones sindicales de trabajadores, fue el órgano al que se le confió el Seguro de Enfermedad General (Crivellini y Galli, 2011, p. 392).

La Constitución italiana, proclamada en 1948, fue uno de los factores que reforzó el sistema reconociendo el derecho a la salud en su artículo 32: "La república tutela la salud como derecho fundamental del individuo y como interés de la colectividad". Y además añade "... Ningún ciudadano puede ser obligado a un determinado tratamiento sanitario si no es por disposición de ley. La ley no puede en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto de la persona humana". Esta mención es relevante en el caso italiano porque alude al concepto de respeto del ciudadano en su dimensión humana, aunque velando por la seguridad del conjunto de la sociedad y del individuo, el Estado se reserva el derecho de obligatoriedad, a través de la imposición por ley, de aquellos tratamientos sanitarios que se consideren necesarios (Crivellini y Galli, 2011, p. 394).

Los siguientes pasos que marcaron la evolución del sistema sanitario en Italia son la creación en 1958 de Ministerio de Salud y la fundación y reconocimiento en 1970 de las regiones italianas como nuevos sujetos institucionales y a las que gradualmente les fueron confiadas y reconocidas varias competencias, entre ellas la sanitaria (Crivellini y Galli, 2011, p. 395).

A lo largo de los años 60 y 70 del siglo XX se inició entre los dirigentes políticos un debate sobre el modelo del sistema sanitario, que reforzaba la idea y la necesidad de un cambio. En él se proponía transformar el entonces sistema de mutuas en un sistema más homogéneo en todo el territorio nacional, basado en el principio de solidaridad y en una mayor presencia del sector público. Este intenso debate sobre el concepto de sanidad, centrado en la superación del modelo de intervención sanitaria por cada acto terapéutico,

y el deseo de definir un nuevo esquema ligado al territorio y a la programación de los servicios sociales y de salud, junto al nuevo proceso político e institucional, que significó el nacimiento de las regiones en los años 70, crearon las condiciones necesarias para la aprobación de la Ley n.833 de 1978. Esta Ley puso en marcha la evolución hacia un nuevo modelo tipo *Beveridge*, inspirado en el modelo teórico inglés (*National Health System* - NHS), pero implementado en la práctica a través de los instrumentos a disposición generados por las leyes italianas (Crivellini y Galli, 2011, p. 397).

Cuadro 8. Normas y eventos significativos en el Sistema Sanitario de Italia.

Normas y eventos significativos para el Sistema Sanitario en Italia	
Año	Hecho
1898	Institución del Seguro Obligatorio Contra los Accidentes.
1922 - 1943	Periodo Fascista, conocido como " <i>Ventennio Fascista</i> ".
1943	Consolidación del Seguro contra la Enfermedad mediante Ley 138, de 11 enero de 1943. Sistema de mutuas- <i>Bismarckiano</i> .
1948	Aprobación de la Constitución italiana.
1958	Institución del Ministerio de Sanidad.
1976 - 1979	Gobierno de Giulio Andreotti.
1978	Primera reforma sanitaria. Instauración del Servizio Nazionale Sanitario a través de la Ley 833/78. Evolución del sistema de mutuas (<i>Bismarckiano</i>) a un Sistema Nacional de Salud (<i>NHS - Beveridge</i>).
1992 - 1993	Gobierno de Coalición de Giulio Amato.
1992 - 1999	Periodo de escándalos por corrupción política: <i>Mani pulite - Tangentopoli</i> .
1992	Segunda reforma sanitaria (Decretos Legislativos 502/1992 y 517/1993). Inicio del traspaso de competencias a la Regiones. Organización empresarial de las ASL - <i>Aziende Sanitarie Locali</i> y las AO - <i>Aziende Ospedaliere</i> . Introducción de mercados internos.
1994	Primer Plan Nacional de Salud. Se establece la primera cartera de servicios garantizando el cumplimiento de los <i>Livelli Essenziali di Assistenza</i> (LEA).
1996 - 1998	Gobierno de Romano Prodi (L'Ulivo).
1997	Nuevos pasos hacia el federalismo: Ley 51/1997 delega algunos poderes políticos clave a las Regiones. Ley 446/1997 inicia el proceso de federalismo fiscal.
1998	Segundo Plan Nacional de Salud (1998 - 2000).
1998 - 1999	Coalición Política - Gobierno Massimo D'Alema.
1999	Tercera reforma sanitaria (Decreto 229/1999). Mayor desarrollo de la descentralización; fortalecimiento de la cooperación y la regulación para reorientar parcialmente el mercado interior; establecimiento de herramientas para definir el conjunto de prestaciones básicas; reglamentación de la introducción de las guías clínicas para la calidad en la asistencia sanitaria.
2001 - 2005	Gobierno de Silvio Berlusconi.

Normas y eventos significativos para el Sistema Sanitario en Italia	
Año	Hecho
2001	Reforma Constitucional. Se modifica la segunda parte de la Constitución italiana (Título V), dando a las regiones con más competencias. Ley 405/2001 introduce nuevas herramientas de gobierno regionales y aumenta la responsabilidad en el control de los gastos de atención de salud.
2003	Tercer Plan Nacional de Salud (2003 - 2005).

2005	Memorandum de entendimiento entre las reformas del Estado y de las regiones sobre la financiación de la atención sanitaria. Introducción de nuevas normas financieras obligatorias.
2006	Cuarto Plan Nacional de Salud (2006 -2008).
	Ley de Presupuesto Nacional 2007: introduce giro financiero (recuperación) para las regiones con déficit.
2008 - 2011	Gobierno de Silvio Berlusconi..
2009	Ley 42/2009 establece el marco para el federalismo fiscal. En los años siguientes, una serie de decretos define la distribución de los impuestos locales a los niveles de gobierno y los criterios para el centro de equalización y la redistribución de los fondos.
2011 - 2013	Gobierno Técnico de Mario Monti.
2012	Revisión de los gastos del presupuesto nacional incluyendo recortes en el gasto en salud y la reducción de camas de hospital por habitante.
	Decreto 158 ('Ley Balduzzi') moderniza el SSN en varios niveles: la continuidad de la atención; selección por mérito de los directores generales y los médicos de cabecera; simplificaciones para el acceso a la homeopatía, innovaciones en productos farmacéuticos, racionalización del gasto farmacéutico y del gasto capitativo.

Fuente: elaboración propia.

De esta manera, a través de la Ley 23 de diciembre 1978 n.833, se instituyó oficialmente el *Servizio Sanitario Nazionale* (Servicio Sanitario Nacional - SSN). El principal objetivo de esta reforma era garantizar la igualdad en el acceso a la atención sanitaria a toda la población (independientemente de la renta percibida por parte del ciudadano), y la uniformidad del servicio en todo el territorio italiano (Ferré et al., 2014, p. 17). Esta Ley introdujo, por tanto, el principio de "universalidad", superando así el sistema de mutuas precedente donde la tipología de cobertura variaba de una mutua a otra acarreando desigualdades (Brugnoli, 2008, p. 11). La reforma también estaba orientada a establecer las políticas necesarias para favorecer el desarrollo de planes de prevención de enfermedades, el control del gasto sanitario y el control democrático del sistema (Ferré et al., 2014, p. 17).

En relación a la financiación, se concibió un nuevo modelo donde los ciudadanos participaban en el sistema no en base al riesgo de salud personal, como sí ocurría con las mutuas, sino en base a la renta generada, aportando a través del pago de impuestos su cuota al mismo (Crivellini y Galli, 2011, p. 400). Durante la transición de un modelo a otro se estableció un sistema de financiación mixto, combinando impuestos generales y cotizaciones al seguro de enfermedad obligatorio, hasta alcanzar un sistema de financiación basado por completo en impuestos (Ferré et al., 2014, p. 17). Se instituyó el Fondo Sanitario Nacional como instrumento de financiación del sistema y definido en base a las necesidades indicadas en el Plan Sanitario Nacional, que proporcionaba los criterios de reparto de recursos entre cada una de las regiones (Brugnoli, 2008, p. 11).

El modelo propuesto por la Ley 833/1978 se caracterizaba por la presencia y el papel prevalente del Estado que, en los diferentes niveles institucionales (central, regional o local), desempeñaba funciones claves del sistema, como son la decisión y la programación o la provisión y gestión directa de los servicios sanitarios (Crivellini y Galli, 2011, pp. 400-402). Aunque el sistema sanitario italiano se inspira en el modelo *Beveridge* del NHS, que tiene como base una connotación centralista y monopolista, el *Servizio Sanitario Nazionale* asumió desde el principio una descentralización (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 47), introduciendo una corresponsabilidad en la gestión sanitaria por parte de las regiones y los ayuntamientos (Brugnoli, 2008, p.11).

Con respecto a las competencias de los diferentes niveles de la administración, la Ley 833/1978 otorgaba al nivel central, representado por el Parlamento y por el Gobierno, las tareas de legislar leyes y normas de carácter nacional, de decidir la financiación del sistema y de controlar la actividad sanitaria apoyándose en entes o agencias nacionales. Las regiones, tal como indica la Constitución, tienen la función de llevar a cabo las decisiones nacionales en sus territorios y pueden adoptar decisiones en determinadas materias, ya que se les dota de capacidad legislativa para ello, pero debiendo respetar las indicaciones a nivel nacional. A nivel local, apareció un nuevo sujeto jurídico, las Unidades Sanitarias Locales (*Unità Sanitaria Locale* - USL), que eran el instrumento cardinal sobre el que giraba la reforma. A este nuevo ente público le correspondía organizar y gestionar los servicios sanitarios en su territorio de referencia (50.000 a 200.000 habitantes), que, a su vez, se dividía en distritos: unidades territoriales menores que cubrían a una población de entre 10.000 a 20.000 habitantes (Crivellini y Galli, 2011, p. 402). Las Unidades Sanitarias Locales fueron los organismos responsables de la prestación de servicios a través de sus propias instalaciones o por medio de contratos con proveedores privados (Ferré et al., 2014, p. 17). Como se puede observar, ya desde la aprobación de la Ley 833/78 se deja un espacio abierto para que surja un sistema mixto entre público - privado en relación a la provisión y suministro de los servicios sanitarios (Brugnoli, 2008, p. 11).

Sin embargo, las Unidades Sanitarias Locales crearon conflictos jurisdiccionales entre los diferentes niveles administrativos, puesto que las responsabilidades no estaban claramente definidas (Ferré et al., 2014, p. 17). A las regiones les correspondía la definición del funcionamiento de las Unidades Sanitarias Locales, pero éstas eran administradas por el Consejo de los Ayuntamientos, convirtiéndose estos últimos en el

centro de gestión de la sanidad (Cuocolo y Candido, 2013, p. 3). Como consecuencia de esta indefinición, la gestión de los servicios sanitarios adoleció de una politización excesiva. Además de este conflicto surgieron otros problemas como el del gasto sanitario (que, disparándose, provocó un déficit que tuvo que ser afrontado por el Estado central), y la desigualdad en la provisión de servicios entre las regiones del norte y del sur del país (Ferré et al., 2014, p. 17).

Frente a estos problemas, el Gobierno propuso nuevas reformas mediante la aprobación del Decreto 502/1992, también conocida como "reforma De Lorenzo-Garavaglia" (Brugnoli, 2008, p. 12), y del Decreto 517/1993, que intentó combinar nuevos mecanismos de financiación con una cobertura universal (Ferré et al., 2014, p. 17). La reforma de Lorenzo-Garavaglia introdujo nuevos principios de gestión empresarial en el Servicio Sanitario Nacional (SSN) y fue el punto de partida de la verdadera descentralización de competencias hacia las regiones para la gestión de la asistencia sanitaria (Ferré et al., 2014, p. 18). Pero la característica más importante de estas reformas fue la transformación de las Unidades Sanitarias Locales. Éstas pasaron de ser las estructuras operativas de los ayuntamientos a convertirse en empresas con personalidad jurídica pública adoptando una nueva denominación, Empresas Sanitarias Locales (*Aziende Sanitarie Locali* - ASL), gestionadas bajo criterios empresariales (Brugnoli, 2008, p. 12) y dependientes de las regiones. De igual manera los entes hospitalarios públicos pasaron a constituirse en Empresas Hospitalarias (*Aziende Ospedaliere* - AO). Se introdujo a nivel nacional una nueva relación público-privada basada en el principio de paridad entre los proveedores públicos y privados, facilitando la competición y los mecanismos de cuasi mercado (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 56). El fenómeno de la empresarización del sistema junto al pago por prestación, que sustituye al pago por costes, son las principales innovaciones del modelo *Beveridge* imitadas por el nuevo sistema sanitario italiano (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 56).

La evolución de las Unidades Sanitarias Locales y los principales hospitales en Empresas Sanitarias Locales (ASL) y en Empresas Hospitalarias (AO) propicia, al modificarse la administración de la Sanidad, una división neta entre las funciones del sistema; es decir, entre la programación sanitaria y la gestión de la sanidad (Brugnoli, 2008, p. 12). Además, esta nueva transformación permite a estas entidades ser más independientes y alejarse de la influencia política, a pesar de que tienen que rendir cuentas de su actividad a las regiones (Ferré et al., 2014, p. 18). Para ello, cada región introduce un sistema de control

y de acreditación de las estructuras sanitarias que participan en el sistema. La acreditación tiene como objetivo comprobar que las estructuras cumplen todos los requisitos esenciales para poder proveer servicios sanitarios a los ciudadanos y el sistema de control de la actividad es llevado a cabo por el gobierno de la propia región, que, a través de sus estructuras y en colaboración con las ASL-Empresas Sanitarias Locales, vigila el buen funcionamiento del sistema y la competitividad.

En 1998 el Gobierno recogió el descontento de los efectos de las reformas de 1992-1993 y propuso una nueva reforma a través del Decreto 299/1999 de 19 de junio sobre las normas para la racionalización del Sistema Sanitario Nacional (Ferré et al. 2014, p. 18). Esta reforma, conocida como la "reforma Bindi" tenía como objetivo reorganizar el Servicio Sanitario Nacional (Brugnoli, 2008, p. 12). Los cambios propuestos afectaban a la relación entre los diferentes niveles de responsabilidad y gestión; las funciones de los actores partícipes en el sistema (*managers*/gerentes, médicos e instituciones locales) y el equilibrio entre la limitación en la financiación y el mantenimiento de los principios de universalidad y equidad en el acceso (Ferré et al., 2014, p. 18). Como resultado la reforma favoreció una mayor regionalización, reforzando también el papel de los municipios a través de una mejor distribución de responsabilidades entre los niveles de gobierno (Ferré et al. 2014, p. 18). Otra de las características esenciales de esta reforma fue la reconducción del sistema hacia una visión más centralista y al fortalecimiento del oligopolio público, reduciendo los elementos de competitividad y cuasi mercado introducidos en la precedente normativa (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 57). Sin embargo, puso como prioridad la aceleración del proceso de empresarización de los proveedores públicos e introdujo la libertad de elección por parte del ciudadano (Brugnoli, 2008, p.13). También intentó afrontar la relación entre la asistencia sanitaria y los servicios sociales en el nuevo contexto social, propiciado por los cambios demográficos. Para ello creó un marco socio-sanitario integrado para la prestación de servicios sanitarios a grupos específicos de la sociedad, como son los ancianos, los discapacitados o las personas sin recursos (Ferré et al., 2014, p. 18).

En esta reforma también se redefinieron los Niveles Esenciales de Asistencia (*Livelli Essenziali di Assistenza* - LEA), aunque ya habían sido contemplados en el Decreto n.502/1992, donde se establecía que fueran definidos dentro de cada Plan Sanitario Nacional. Tal exigencia se reconfirmó nuevamente con el Decreto 229/1999. En el DPCM 29/11/01 n.26, Decreto del Consejo de Ministros, se describen las prestaciones y

los diferentes servicios esenciales para la tutela, el cuidado y recuperación de la salud, que debe ser garantizado uniformemente a todos los ciudadanos en todo el territorio nacional, independientemente de la renta y del lugar de residencia (Italia, Ministero della Salute).

El Decreto 229/1999 supuso un paso hacia la descentralización de los poderes y responsabilidades financieras hacia las regiones. La posterior aprobación del Decreto 56/2000 marcó un calendario para la abolición del Fondo Sanitario Nacional, favoreciendo que la gestión de los recursos recayera a nivel regional. Se fomentó la creación de varios impuestos regionales como fuente de financiación sanitaria; para aquellas regiones que no fueran capaces de proporcionar el paquete básico de prestaciones con sus propios recursos, se estableció la recepción de fondos adicionales de un Fondo Nacional de Solidaridad. Este Fondo, de nueva creación, está gestionado por el Gobierno y la Conferencia Permanente de las relaciones entre el Gobierno, las Regiones y la Provincias, comúnmente conocido, como Conferencia Estado-Regiones (Ferré et al., 2014, p. 18).

En los años posteriores a la aprobación del Decreto 229/1999 se aprobaron dos importantes reformas constitucionales de gran impacto: la Ley Constitucional Número 1 de 1999 y la Ley Constitucional Número 3 de 2001 (Cuocolo y Candido, 2013, p. 7). Esta última es conocida como "Reforma del Título V" y modificó la distribución de competencias entre los niveles de gobierno. El Estado central se convierte en el único titular de las competencias recogidas los puntos 2 y 3 del artículo 117, referente a la normativa base y de coordinación de la financiación del sistema, mientras que las regiones reciben plena potestad legislativa en materia sanitaria, salvo en aquellos supuestos reservados únicamente al Estado central (Caravita di Toritto, 2006, pp. 23-24; Cuocolo y Candido, 2013, pp. 7-8).

La reforma del art. 117 ha permitido que cada región, además de ser responsable de la configuración organizativa del sistema, de la gestión y provisión de los servicios sanitarios y del control de su sistema, ostente la potestad legislativa en materia sanitaria. Se completa así la vocación regionalista del sistema sanitario ya anunciada en normativas precedentes.

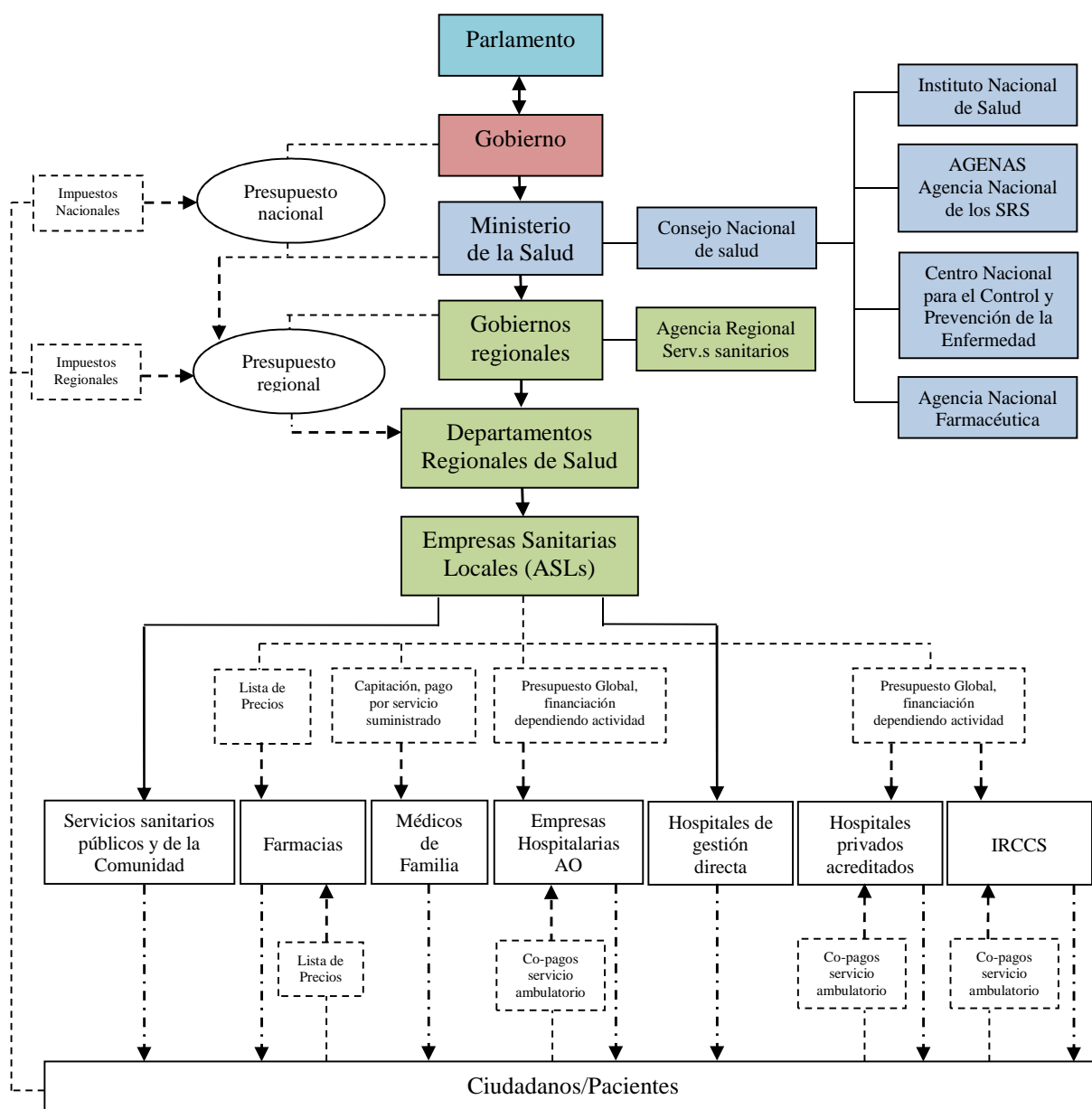
Una vez definidas las competencias de los diferentes niveles de gobierno en materia sanitaria, el Estado y las regiones trabajaron para llegar a un consenso sobre la financiación. En este sentido, es necesario destacar el Memorándum sobre entendimiento entre las reformas del Estado y de las regiones sobre la financiación de la atención sanitaria que tuvo lugar en 2005, donde se propuso la introducción de nuevas normas financieras obligatorias. Cuatro años más tarde, bajo el Gobierno de Berlusconi, se aprobó la Ley 42/2009 cuyo fin era el de establecer un nuevo marco para el federalismo fiscal. En los años siguientes, una serie de decretos definió la distribución de los impuestos locales a los niveles de gobierno y los criterios para la redistribución de los fondos (Ferré et al., 2014, p. 18).

La última reforma en materia sanitaria fue la introducida por el Gobierno de Mario Monti en 2012, conocida como Ley Balduzzi. El Decreto 158, de 13 septiembre de 2012, sobre las disposiciones urgentes para la promoción del desarrollo del país mediante una mayor tutela de la salud, tiene como objetivo modernizar el Servicio Sanitario Nacional en varios niveles. Entre las características más destacables de esta nueva normativa figuran: la continuidad de la atención sanitaria, los criterios de meritocracia y transparencia en la elección de los directores generales y médicos del sistema y la racionalización del gasto farmacéutico y sanitario (Italia, 2012, Decreto Legislativo 158/2012).

3.2.3. Organización del Sistema Sanitario.

La organización del sistema sanitario italiano, al igual que el español, está articulado en torno a tres niveles institucionales: el nivel nacional, el regional y el local (Ferré et al., 2014, p. 15). La figura que se expone a continuación muestra el esquema del sistema sanitario italiano tal y como está estructurado hasta la redacción de esta investigación. En él se pueden identificar cuáles son los principales actores que participan en el sistema y cómo se interrelacionan entre ellos.

Figura 30. Esquema del Sistema Sanitario Italiano.



Fuente: Ferré et al. (2014, p. 16).

En la figura se aprecia que el sistema sanitario italiano es un sistema regionalizado, ya que los principales actores se ubican en este nivel. A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad establece los principios y objetivos del sistema y determina la cartera de servicios y prestaciones básicas que deben ser garantizadas en todo el territorio italiano, asignando para ello la financiación a cada una de las regiones (Ferré et al., 2014, p. 15). El nivel regional y el nivel local se caracterizan por la presencia de dos actores fundamentales: las

regiones y las ASL-Empresas Sanitarias Locales (*Aziende Sanitarie Locali*). Las regiones son responsables, a través de sus departamentos de salud, de la organización del sistema y velan por el buen funcionamiento en la provisión y prestación de los servicios sanitarios, que son suministrados a través de la red de ASL-Empresas Sanitarias Locales (*Aziende Sanitarie Locali*), cuya organización y presencia en el territorio depende de la población de referencia (Ferré et al., 2014, pp. 15-16).

a. Conferencia Estado - Regiones.

Existe un organismo fundamental que, por su naturaleza, no forma parte del esquema sanitario y, por tanto, no aparece en la figura anterior: se trata de la Conferencia Estado-Regiones (Italia, Conferenza Stato Regioni ed Unificata), creada en 1983 mediante la aprobación del Decreto del Primer Ministro de 12 octubre.

Este órgano es un espacio permanente de consulta y comunicación entre el Estado y las regiones en aquellos ámbitos de la política pública en el que las competencias de los diferentes niveles de gobierno se superponen (Ferré et al., 2014, p. 21). Entre sus funciones cabe destacar la negociación de la programación económica y financiera en aquellas materias de competencia regional que no estén en conflicto con las competencias exclusivas del Estado. Por tanto, en este ente no sólo se trata la política sanitaria, sino también otras políticas públicas donde confluyen los diferentes niveles de la administración. Sin embargo, dentro de su estructura se han conformado varias mesas sobre sanidad en las que el Estado central y las regiones promueven la coordinación de la programación de las políticas sanitarias (Italia, Conferenza Stato Regioni ed Unificata).

b. Ministerio de Sanidad.

Tal y como se ha explicado en el primer epígrafe del 'Sistema Sanitario Italiano', el Ministerio de Sanidad en Italia se funda en 1958 y su característica esencial hasta el momento presente radica en la evolución de su función. En su creación era prevalentemente organizativo y gestor de los servicios sanitarios, mientras que en la actualidad se limita a garantizar la equidad del derecho a la salud en todo el país, custodiando así el artículo 32 de la Constitución.

El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Sanidad, es el responsable de la planificación de los servicios, para ello elabora un documento trienal que aúna todas las prioridades en materia sanitaria, el Plan Sanitario Nacional (*Piano Sanitario Nazionale* - PSN). Éste es el principal instrumento de planificación adoptado por el Gobierno Central bajo la propuesta del Ministerio de Sanidad, que es quien lo elabora previa consulta de las regiones en la Conferencia Estado-Regiones (Ferré et al., 2014, p. 24). Los Planes Sanitarios Nacionales establecen las orientaciones estratégicas para la mejora y el buen funcionamiento del sistema sanitario, definiendo la cartera de servicios que serán incluidos en los LEA-Niveles Esenciales de Asistencia⁵⁸. El Gobierno nacional es también responsable de la distribución de los fondos a los sistemas sanitarios regionales, del buen funcionamiento del conjunto del Servicio Sanitario Nacional (SSN) y de los IRCCS⁵⁹ (Institutos Nacionales de Investigaciones Científicas) (Ferré et al., 2014, p. 20).

El Ministerio está organizado en torno a tres departamentos, cada uno de ellos subdividido en varias Direcciones Generales con el objetivo de responder con mayor eficacia a las necesidades de salud de los ciudadanos (Ferré et al., 2014, p. 20).

- El Departamento de Salud Pública e Innovación: se ocupa esencialmente de la prevención contra la enfermedad y de la seguridad en el trabajo y en el medio ambiente, velando así por las condiciones de vida de los ciudadanos. Además, es también responsable de la actividad de promoción y desarrollo de la investigación, de las relaciones internacionales y de las relaciones interinstitucionales.
- El Departamento de Planificación y Organización del Servicio Sanitario Nacional: su función principal es la programación de la atención de la salud en el entero Servicio Sanitario Nacional mediante la gestión del personal sanitario y de las profesiones sanitarias, del sistema informativo y estadístico, y de la organización territorial de la asistencia farmacéutica y de los dispositivos médicos.

⁵⁸ LEA (*Livelli Essenziali di Assistenza*): Son el conjunto de prestaciones y servicios que el Servicio Sanitario Nacional (SSN) italiano debe garantizar a todos los ciudadanos de forma gratuita o en coparticipación con los ciudadanos (Italia, Ministero della Salute).

⁵⁹ IRCCS - Institutos Nacionales de Investigaciones Científicas: instituidos por el decreto legislativo 288/03. Entes de alto relieve nacional, cuyo control y gestión es de competencia estatal. Son hospitales de excelencia, dedicados a la investigación biomédica, focalizados en un área determinada, pero a pesar de su vocación nacional, forman parte de la organización y gestión sanitaria de la Región, apoyando la actividad sanitaria de las Empresas Hospitalarias.

- El Departamento de atención veterinaria, seguridad alimentaria y órganos colegiados para la tutela de la salud: coordina toda la actividad relacionada con la atención pública veterinaria, la seguridad alimentaria y nutrición y el buen funcionamiento de los órganos dedicados a la protección de la salud.

El Ministerio de Salud, para desarrollar sus funciones, se apoya en varias agencias permanentes que actúan bajo la autoridad de gobierno (Ferré et al., 2014, pp. 20-21).

- El Instituto Nacional de Salud - *Istituto Superiore di Sanità* (ISS): la actividad desarrollada por esta agencia tiene como objetivo el apoyo al Ministerio en la vigilancia y promoción de la salud pública, así como la difusión del conocimiento resultante de la investigación científica. Tiene una función de asesoramiento al Ministerio con un significativo grado de independencia, incluidas sus propias instalaciones de investigación.
- La Agencia Nacional de Servicios Regionales de Salud - *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali* (AGENAS): es el ente que actúa de enlace entre el Ministerio de Salud y las autoridades regionales, cuyo objetivo es asegurar tanto la calidad de la organización sanitaria como la eficiencia y la eficacia de las prestaciones llevadas a cabo en cada sistema sanitario regional. Desarrolla también actividades de supervisión en este ámbito y toma parte en la planificación y ejecución de las reformas organizativas.
- El Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades - *Centro Nazionale di Controllo e Prevenzione delle Malattie* (CCM): es el órgano que vincula al Ministerio de Sanidad con los gobiernos regionales en materia de vigilancia, prevención y respuestas a las emergencias sanitarias. Su papel se ha ampliado con los años a través del diseño de estrategias nacionales para la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la equidad en el acceso a la atención. Proporciona asistencia para la programación de la salud pública a los grupos de trabajo técnicos regionales.
- La Agencia Italiana del Fármaco - *Agenzia italiana del Farmaco* (AIFA): es el ente que regula todos los productos farmacéuticos en Italia. El AIFA aprueba qué productos farmacéuticos se pueden producir, utilizar y comercializar en todo el

territorio italiano. A este ente también le compete la autorización en el territorio nacional de los distintos ensayos clínicos (Ferré et al., 2014, p. 33).

- Los Institutos Nacionales de Investigación Científica - *Istituti di Ricovero a Carattere Scientifico* (IRCCS): son centros de investigación y de atención sanitaria, dedicados a la investigación biomédica que complementan las actividades llevadas a cabo por las AO-Empresas Hospitalarias de las diferentes regiones.

Sin embargo, el órgano técnico de mayor relevancia que trabaja con el Ministerio de Sanidad es el Consejo Nacional de Salud (*Consiglio Superiore di Sanità* - CSS). Dicho organismo está compuesto por 50 miembros y un presidente y reúne a representantes de todas las agencias nacionales citadas anteriormente, así como a científicos, médicos y otros expertos reconocidos. Su naturaleza es consultiva, por tanto, su aportación al Ministerio es facultativa en materias relacionadas con la salud pública, higiene y sanidad (Ferré et al., 2014, p. 21).

c. Las Regiones y los Departamentos de Salud.

Tal y como se ha expuesto en la introducción, Italia está constituida por 20 regiones: 5 de ellas poseen un estatuto especial de autonomía, mientras que una (Trentino-Alto Adigio) está dividida en 2 provincias autónomas. Las regiones, nivel institucional que se configura en los años 70, han pasado a ser uno de los actores más destacados en el sistema sanitario italiano. Éstas comparten responsabilidades con el Gobierno central en la planificación y financiación de cada uno de los sistemas sanitarios regionales, sin embargo es precisamente en las regiones donde recae la tarea de asegurar la provisión de las prestaciones sanitarias a través de los propios sistemas sanitarios (Ferré et al., 2014, p. 21).

Los gobiernos regionales son los responsables de la organización y administración del sistema regional y, para ello, se apoyan en los Departamentos de Salud Regionales⁶⁰. Éstos para asegurar la provisión de los servicios sanitarios que figuran en la definición de los LEA-Niveles Esenciales de Asistencia se apoyan a su vez en una red de ASL-

⁶⁰ Los Departamentos de Salud Regionales se sitúan bajo las Consejerías de Salud.

Empresas Sanitarias Locales y de AO-Empresas Hospitalarias que se detallan en el siguiente epígrafe (Ferré et al., 2014, p. 21).

En la representación gráfica del sistema sanitario italiano que se ha expuesto anteriormente, queda patente el proceso de regionalización impulsado con aprobación del Decreto 502/1992 sobre la reordenación de la disciplina en materia sanitaria. Como ya se ha explicado, esta reforma conocida como "reforma De Lorenzo-Garavaglia" (Brugnoli, 2008, p. 12) otorgó funciones relevantes a las regiones en materia de programación sanitaria, financiación y control de la actividad sanitaria.

Como complemento a esta primera reforma, en 1999, se ampliaron las competencias legislativas de las regiones mediante la aprobación de la Reforma Bindi (Italia, 1999, Decreto Legislativo 229/1999). Esta normativa confirió a los gobiernos regionales nuevas competencias legislativas en materia sanitaria que, actualmente, concierte a las directrices técnicas y de gestión para la provisión y planificación del sistema y a los principios generales y de organización del sistema regional, incluyendo la normativa sobre el papel de la autoridad regional, las ASL-Empresas Sanitarias Locales, las AO-Empresas Hospitalarias y los proveedores sanitarios privados (Ferré et al., 2014, pp. 21-22).

Las funciones ejecutivas del gobierno regional se llevan a cabo a través del Departamento de Salud Regional que, a su vez, delega su ejecución en las diferentes estructuras en las que se subdivide. Entre las funciones del gobierno regional figuran (Ferré et al., 2014, p. 22):

- La redacción del Plan Regional de Salud⁶¹.
- La definición de los criterios para la autorización y la acreditación tanto de los proveedores sanitarios públicos como de aquellos privados.
- El establecimiento de un mecanismo de control que asegure la calidad de los servicios.

⁶¹ Plan Sanitario Regional - *Piano Sanitario Regionale*: Plan estratégico orientado según los objetivos de salud y el funcionamiento de los servicios sanitarios que cada región emplea para satisfacer las exigencias específicas su población, debiendo respetar los objetivos y metas contenidos en el Plan Sanitario Nacional. Cada región debe adoptar su propio plan sanitario en un plazo de 150 días a partir de la aprobación del Plan Sanitario Nacional. Éste es remitido al Ministerio, que comprueba su coherencia con las líneas marcadas por el gobierno central (Ferré et al., 2014, p.25).

- La gestión y control de las ASL-Empresas Sanitarias Locales y las AO- Empresas Hospitalarias mediante la definición de sus límites geográficos, la asignación de recursos y la designación de sus directores/gerentes.

Como también se ha podido observar en la figura del sistema sanitario italiano, algunas regiones italianas cuentan con una Agencia Regional para la Salud. La finalidad de este ente es proveer de soporte técnico y científico a las ASL-Empresas Sanitarias Locales y a los hospitales, al mismo tiempo que sirve de apoyo al Departamento de Salud para realizar las funciones que se acaban de exponer (Ferré et al., 2014, p. 22).

d. El nivel local - Las autoridades Locales: las Empresas Sanitarias Locales (ASL).

La organización y prestación de los servicios sanitarios en Italia tiene lugar a nivel local, siendo las ASL-Empresas Sanitarias Locales las autoridades locales que desempeñan dicha actividad.

Las ASL-Empresas Sanitarias Locales, que dependen directamente del gobierno de la región, además de proveer medicina preventiva para los ciudadanos, coordinan los servicios sanitarios de atención primaria y de atención especializada (Ferré et al., 2014, p. 22). Cada ASL-Empresa Sanitaria Local se subdivide en distritos⁶², cubriendo cada uno de éstos a una población de aproximadamente de 60.000 habitantes.

En 2012, el Servicio Sanitario Nacional contaba con 143 ASL-Empresas Sanitarias Locales, organizadas en 826 distritos (Ferré et al. 2014, p. 22). Las ASL-Empresas Sanitarias Locales han adoptado diferentes modalidades de organización en el territorio italiano dando lugar a diferentes tipologías (integradas, separadas y mixtas) (Boni, 2007, p. 29) y, por tanto, diferentes modelos sanitarios.

Estas diferencias se deben a la creciente autonomía asimilada por las regiones, fruto de la sucesión de las reformas realizadas, que han permitido a las regiones elegir diversos modelos institucionales y organizativos (Ferré et al., 2014, p. 2; Boni, 2007, p. 9).

Tal y como ya se ha expuesto, la reforma sanitaria de 1992-93 (Italia, 1992, Decreto Legislativo 502/92 y Decreto Legislativo 517/93) transformó las Unidades Sanitarias

⁶² Distritos: unidad institucional menor que controla directamente la provisión de los servicios de atención primaria en las regiones italianas.

Locales en empresas "dotadas de personalidad jurídica pública y de autonomía empresarial" (Boni, 2007, p. 29), y también se concedió a la mayoría de los hospitales que cumplieran determinados requisitos la posibilidad de ser reconocidos por las Empresas Sanitarias Locales como independientes de éstas, convirtiéndose en AO-Empresas Hospitalarias (Boni, 2007, p. 29) y manteniendo así una nueva relación institucional entre ambos entes con capacidad de negociación.

Esta posibilidad de separación de las ASL-Empresas Sanitarias Locales y el reconocimiento por parte de éstas de los hospitales como un nuevo sujeto en el sistema, hizo emerger tres modelos diferentes de ASL-Empresas Sanitarias Locales y por tanto, tres modelos de organización institucional (Boni, 2007, pp. 29-30): las ASL integradas son aquellas donde los hospitales quedan incluidos al interior de las ASL que los gestiona directamente. Las ASL separadas se diferencian por la completa separación entre los hospitales y las propias ASL-Empresas Sanitarias Locales, respondiendo a la exigencia de separar la función de producción de la AO-Empresa Hospitalaria de la función de financiación de la ASL-Empresa Sanitaria Local. Se constituyen así las condiciones necesarias para crear un sistema de competición entre hospitales públicos y hospitales privados acreditados. Y, por último, las ASL mixtas son aquellas donde se dan los dos modelos anteriores a la vez.

Es por esta razón que los proveedores de los servicios sanitarios en Italia en la atención especializada se relacionan de forma diferente con las ASL-Empresas Sanitarias Locales (Ferré et al., 2014, p. 22). Según lo expuesto anteriormente, la asistencia especializada puede ser provista directamente por las ASL-Empresas Sanitarias Locales, a través de hospitales de su propiedad, o por las AO-Empresas Hospitalarias públicas. En este segundo caso, las ASL-Empresas Sanitarias Locales actúan como compradores de servicios a las AO-Empresas Hospitalarias en un sistema de cuasi-mercado donde las AO-Empresas Hospitalarias son libres de negociar las condiciones de financiación (Ferré et al., 2014, pp. 23-24). En relación a los hospitales privados acreditados y médicos especialistas privados, éstos ofrecen servicios sanitarios a las ASL-Empresas Sanitarias Locales en igualdad de condiciones (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 60).

Con respecto a la atención primaria, el Servicio Sanitario Nacional cuenta con una red de médicos que proveen servicios de medicina general o de familia, actuando como puerta de entrada a los demás niveles de atención. Aunque trabajen para el sistema, éstos no son

empleados asalariados de las ASL-Empresas Sanitarias Locales, ya que los términos de sus prestaciones se han establecido en un acuerdo nacional entre la Conferencia de Estado-Regiones y la Asociación de Profesiones Sanitarias, que tiene convenio con el Servicio Sanitario Nacional (Ferré et al., 2014, p. 23).

3.2.4. Financiación del Sistema Sanitario Italiano.

En la introducción de este sistema sanitario se ha anticipado que la financiación del Servicio Sanitario Nacional tomó un mayor impulso hacia la regionalización con la aprobación del Decreto 229/1999. Este impulso, con la aprobación posterior de otro decreto (56/2000), hizo que se definiera un calendario para la abolición del Fondo Sanitario Nacional, favoreciendo que la gestión de los recursos recayera a nivel regional y permitiendo así la creación de varios impuestos regionales como fuente de financiación sanitaria (Ferré et al., 2014, p. 18). Entre estos impuestos figuran: el IRAP (Impuesto Regional sobre las Actividades Productivas), ciertas cuotas del IVA, recargos regionales sobre el Impuesto Nacional sobre la Renta y un porcentaje del impuesto sobre la gasolina (Crivellini y Galli, 2011, p. 424).

Se creó entonces un Fondo de Igualdad entre las regiones y otro transitorio de 4 años con el objetivo de amoldarse al nuevo sistema de financiación, pero la redefinición del nuevo esquema financiero se hizo muy difícil (Crivellini y Galli, 2011, p. 424) y en 2005 el Estado central y las regiones acordaron un memorándum de entendimiento sobre la financiación de la atención sanitaria, donde fueron introducidas nuevas normas financieras obligatorias. Años más tarde, bajo el Gobierno de Berlusconi se aprobó la Ley 42/2009 cuyo objetivo se basaba en el establecimiento de un nuevo marco para el federalismo fiscal. En los años siguientes, una serie de decretos definieron la distribución de los impuestos locales y los criterios para la redistribución de los fondos (Ferré et al., 2014, p. 18).

Actualmente el sistema de salud pública se financia principalmente a través de los siguientes impuestos (Ferré et al., 2014, p. 51):

- El IRAP (Impuesto Regional sobre las actividades Productivas): impuesto regional sobre el valor añadido de las actividades de las empresas en la región y sobre los salarios pagados a los empleados por el sector público. Este impuesto es

recaudado a nivel nacional y reasignado de nuevo a las regiones. La base imponible se fija en un 3,9% del valor añadido de lo producido por una empresa, pero las regiones pueden elevarlo un 0,92%, dependiendo de la industria; este hecho conduce a diferencias interregionales.

- IRPF (Impuesto de la Renta sobre las Personas Físicas) Adicional: recargo adicional sobre el impuesto nacional sobre la renta. La base imponible se fija en el 1,23% (aumento en 2012 del 0,99%) y las regiones pueden elevarlo hasta un 0,50 % adicional. Este impuesto se aplica en las regiones mediante dos modalidades: una tarifa plana (igual para todos) o progresiva (dependiendo del nivel de ingresos).
- Porcentaje del IVA (Impuesto del Valor Añadido): El Gobierno central recauda un porcentaje fijo del IVA que se destina al Fondo Nacional de Compensación para proporcionar recursos a aquellas regiones que no tienen medios suficientes para asegurar los Niveles Esenciales de Asistencia (LEA).

Se podría afirmar que el sistema de financiación del sistema sanitario italiano conlleva desequilibrio entre las regiones, ya que aquellas regiones más pobres tienen menos margen de maniobra que las ricas para poder aumentar sus recursos a través de impuestos (Ferré et al 2014, p. 51). El Servicio Nacional de Salud se financia en gran medida mediante impuestos nacionales y regionales, complementados mediante copagos por parte de los ciudadanos en la atención especializada y en productos farmacéuticos (Ferré et al., 2014, p. 41).

Por tanto, es el sector público la fuente principal de financiación de la sanidad en Italia, así lo revelan los últimos datos disponibles de 2012. El 78,2% del gasto total ha sido financiado por fuentes públicas, mientras que el 21,8% fue financiado de forma privada (Ferré et al., 2014, p. 49). Este dato es ligeramente superior a la media europea⁶³ cuyo porcentaje alcanza el 76,7% (Ferré et al., 2014, p. 52).

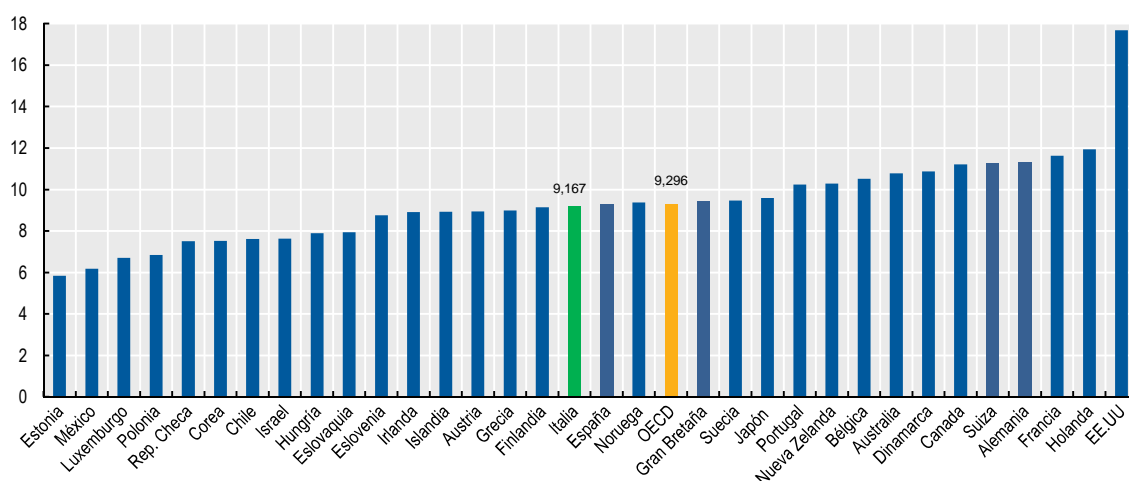
⁶³ Mónaco, San Marino, Dinamarca, Noruega, Luxemburgo, Reino Unido, Suecia, Islandia, Holanda, Italia, Francia, Andorra, Alemania, Bélgica, Austria, Finlandia, España, Grecia, Malta, Irlanda, Portugal, Suiza y Chipre.

3.2.5. Gasto en el Sistema Sanitario Italiano.

En Italia, como ha sucedido en la mayoría de países de la OCDE, el gasto sanitario ha aumentado de manera constante en el tiempo, por lo que su contención ha sido uno de los principales problemas a tener en cuenta en la agenda política de los diferentes gobiernos. Sin embargo, es destacable que el gasto sanitario se ha mantenido en los últimos años debido al control estricto de las regiones después de que 5 de ellas incurrieran en déficits considerables (Ferré et al 2014, p. 43). Frente a estos problemas financieros, el Gobierno central introdujo un régimen especial para aquellas regiones que incurrieron en un gasto excesivo haciéndolas formar parte en los llamados "*Piani di Rientro*". El objetivo era el de corregir el derroche de recursos, que se traducían en altos costes estructurales para los diferentes sistemas sanitarios regionales. Desde 2007, 10⁶⁴ de los 20 sistemas sanitarios regionales se acogieron a este plan, disminuyendo el nivel anual de sus gastos excesivos (Ferré et al., 2014, p. 43).

El gasto sanitario como porcentaje del PIB en Italia se situó en 2011 y 2012 ligeramente por debajo de la media de los países de la OCDE, con un 9,2%. Es, por tanto, inferior a los datos que presentan Alemania o Francia (OCDE, 2013b, p.1).

Figura 31. Gasto Sanitario como porcentaje del PIB (2012).

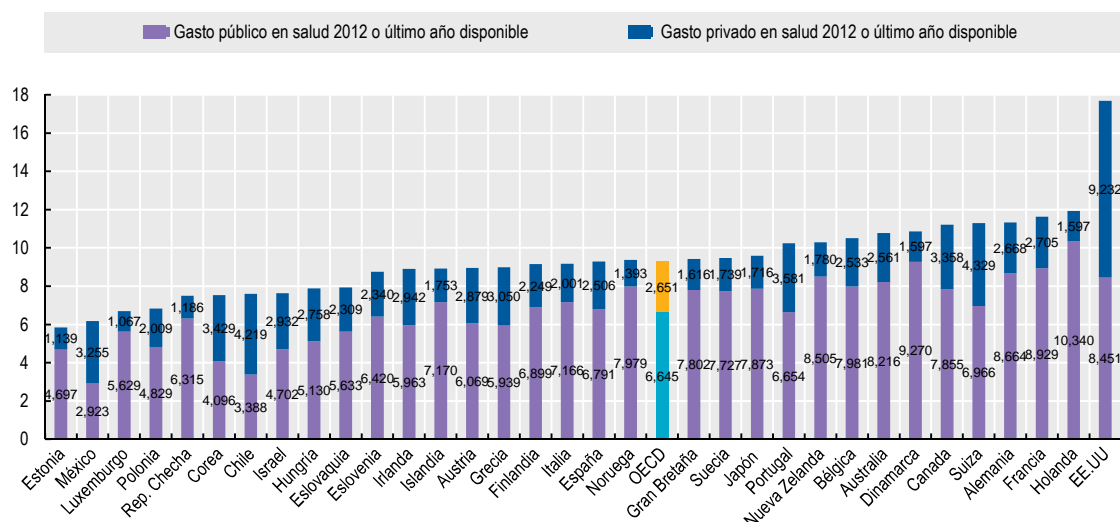


Fuente: OCDE (2014d).

⁶⁴ Piemonte, Liguria, Abruzzo, Molise, Lazio, Campaña, Puglia, Calabria, Sicilia y Cerdeña.

En relación a gasto sanitario per cápita, éste también se mantiene por debajo de la media de la OCDE con 3.012 US\$PPP, respecto a la media de 3.339 US\$PPP.

**Figura 32. Gasto sanitario público y privado como porcentaje del PIB.
Países de la OCDE (2012).**



Fuente: OCDE (2013h).

De media el gasto sanitario en Italia ha registrado un estancamiento del 1,8% en 2010, seguido de una reducción del -1,6% en 2011. Esta contracción se debe, como también sucede a los países de su entorno, a los ajustes sufridos por la crisis económica.

Esta situación también se produce, como se ha mencionado anteriormente, a las medidas puestas en marcha por el Gobierno italiano con el objetivo de contener el coste sanitario y de mejorar la fiscalidad. El Pacto por la Salud de 2010-2012 estableció como meta controlar el gasto sanitario público a través de la reducción del número de camas y de los ingresos hospitalarios de larga duración (OCDE, 2013a, p. 1). Otras medidas como la "Revisión de Gastos" de 2012 (Decreto Ley 95/2012), la "Ley de Estabilidad" (Ley. 228/2012) y el "Decreto *Salva Italia*" (Decreto 201/2011) redujeron la financiación total para la salud pública en 900 millones de euros en 2012, 1.800 millones en 2013 y más de 2.000 millones en 2014. Esta reducción de la financiación fue compensada por el aumento de los copagos y el ahorro del coste impulsado por las medidas emprendidas para reducir el gasto farmacéutico. Otras hechos que también afectaron la disminución del gasto fueron la disminución de los gastos de subcontratación a proveedores privados acreditados en un 0,5% en 2012, el 1% en 2013 y un 2% en 2014 (Ferré et al., 2014, pp. 46-48).

II. REFORMAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SANITARIAS EUROPEAS. DEVOLUCIÓN REGIONAL Y ORIENTACIÓN AL MERCADO EN LOS MODELOS “SERVICIO NACIONAL DE SALUD”: ITALIA Y ESPAÑA.

4. SISTEMAS SANITARIOS EN TRANSICIÓN Y SUS TRANSFORMACIONES.

El análisis de los diferentes sistemas sanitarios que se han descrito en los capítulos 2 (Inglaterra, Alemania y Suiza) y 3 (España e Italia) revela el carácter dinámico de éstos desde su nacimiento hasta el esquema actual en el que se han configurado. Esta característica está estrechamente enlazada a otros factores como, por ejemplo, la evolución del Estado. No se podría comprender la transformación de los sistemas sanitarios ni sus reformas sin tener en cuenta que se han engendrado dentro de una particular forma o configuración del Estado y que han evolucionado a la par que éste.

Por esta razón en la primera parte del presente capítulo se analizarán las características y la evolución del Estado de Bienestar. Sin ser parte central de esta investigación, es interesante repasar brevemente aquella literatura relacionada con el Estado de Bienestar dado que ayudará a enmarcar teóricamente los sistemas sanitarios, además de ofrecer instrumentos para interpretar los cambios que han influido en los procesos de las políticas públicas que se analizarán en el siguiente capítulo.

Seguidamente se profundizará en otro factor decisivo en la transformación de los sistemas sanitarios: la descentralización y sus procesos. El análisis del concepto de descentralización y sus expresiones canalizadas en diferentes procesos permitirá entender los cambios y transformaciones desde el punto de vista del poder que puede ser derivado de un nivel político superior a otro inferior o de un nivel organizativo a otro. Identificar quién tiene la responsabilidad, el poder y la competencia y en qué grado es vital para reconocer quién puede ser el actor relevante en la decisión y si su acción se completa con liderazgo.

Para cerrar el capítulo se analizará, conforme a lo anteriormente expuesto y teniendo presente la descripción de las reformas mencionadas en el capítulo 3, cómo los modelos del Servicio Nacional de Salud de España e Italia han evolucionado y se han transformado hasta el presente, destacando aquellas particularidades de las últimas reformas llevadas a cabo por cada uno de estos sistemas sanitarios.

4.1 Estado de Bienestar y su influencia en las transformaciones de los sistemas sanitarios.

En la evolución histórica de cada uno de los sistemas sanitarios que se han expuesto en los dos capítulos anteriores se advierte como el Estado Liberal, caracterizado por el papel mínimo del sector público, experimentó una crisis provocada por una serie de factores políticos, económicos y sociales. No se puede en este trabajo analizar ni el amplio abanico de causas que dieron lugar al nacimiento del Estado de Bienestar después de la II Guerra Mundial, ni el marco cognitivo completo que explica su aparición, pero sí revisar el desarrollo de este nuevo modelo político que supuso la asunción por parte del Estado de nuevas funciones (entre ellas la asistencia sanitaria) comportando un nuevo compromiso social.

En el origen del proceso, como ha quedado patente en el análisis histórico de los países de esta investigación, los diferentes gobiernos⁶⁵ comienzan a mostrar una cierta preocupación por las condiciones sociales y laborales de algunos grupos de la población, llegando a elaborar una serie de leyes que regularon la situación, sobre todo de aquellos trabajadores y ciudadanos más desfavorecidos. Sin profundizar quién alentó esta preocupación o por qué, el Estado por propia iniciativa comienza a concebirse como actor garante de la necesidad de la población, lo que se hace evidente es que este hecho impulsa un cambio de paradigma, dando lugar al Estado de Bienestar.

Sin embargo, el camino hacia el Estado de Bienestar en Europa ha sido trazado según las características políticas, económicas y sociales de cada país. De hecho, su expresión como modelo difiere de un país a otro, manifestándose incluso en diferentes décadas del siglo pasado. Basta sólo recordar que como alternativa a éste surgieron otros modelos de Estado, como fueron el Estado fascista en Italia o el Estado socialista en la Alemania Oriental (Gómez García, 1995, p. 261), que de alguna manera postergaron (en el caso italiano, pero también en caso español) y modificaron el desarrollo del Estado de Bienestar creando diferencias que la literatura ha clasificado en tipologías que se verán más adelante. Aún así el cambio de paradigma, como característica común en los países de este estudio, supuso que el Estado, hasta entonces mero árbitro en la esfera pública, se

⁶⁵ Se hace referencia en general a los gobiernos de los países occidentales, y en concreto, a los países que ocupan el presente estudio, sobretodo, Inglaterra, Alemania, España e Italia. Aunque es necesario clarificar que este proceso no tuvo lugar en todos los países ni de la misma manera ni en el mismo momento histórico.

responsabilizara de ciertos conflictos sociales, convirtiéndose en el espacio institucional público donde dirimir intereses y resolver las necesidades colectivas a través de la implantación y ejecución de políticas sociales (Gallego, Gomá y Subirats, 2003, p. 46). Esta nueva realidad conllevó una dilatación de la acción pública, donde el Estado además de asumir nuevas funciones, como la producción y la provisión de bienes y servicios, intervino en el sistema socio-económico activando mecanismos que persiguieran el pleno empleo y corrigieran aquellos problemas sociales causados por los fallos del mercado (Gómez García, 1995, p. 261).

Se podría afirmar que el Estado de Bienestar surge después de la Segunda Guerra Mundial como confluencia de diferentes supuestos económicos y sociales orientados a salvaguardar a los ciudadanos de las precarias condiciones en las que se encontraban después de la guerra. Estos supuestos constituyeron las bases teóricas sobre las que se sostendrá el *Welfare State* y, entre ellas, no se puede dejar de mencionar la trascendente influencia que desempeñó el desarrollo de la teoría y política económica del economista John Maynard Keynes, que proponía una mayor presencia del Estado en la reactivación de la economía cuando ésta no fuera capaz por si misma de mantener un nivel determinado de actividad económica que procurara ingresos y beneficios para todos los ciudadanos.

Bajo este supuesto el Estado se compromete a modular el desarrollo económico con el objetivo de alcanzar el pleno empleo y combatir la desigualdad social generada por el mercado. Pero no sólo Keynes sino también el economista William Beveridge, dos años más tarde de la presentación de su informe en el Parlamento británico sobre la protección social⁶⁶ de los trabajadores, comúnmente conocido como "Informe Beveridge", elaboró un segundo informe⁶⁷ donde reconoció que el pleno empleo es necesario para que el sistema de protección social fuese realmente eficaz (Beveridge, 1944, pp. 39-44).

Aunque el Estado de Bienestar surge en un periodo preciso (Segunda Guerra Mundial), debe ser entendido como un modelo político, económico y social en continua evolución. En esta lógica evolutiva se reconocen dos fases diferentes: el despliegue y maduración,

⁶⁶ En 1942 Sir William Beveridge presentó el "*Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*", documento base que configuró el sistema de protección social en el Reino Unido.

⁶⁷ "*Full Employment in a free society*" (Pleno empleo en una sociedad libre).

de 1945 a 1975, y la crisis y reestructuración, de 1975 a 1985 (Gallego et al., 2003, p. 47).

En la primera fase de despliegue y maduración se pueden identificar dos periodos: el primero, de 1945 a 1960, se caracteriza por el establecimiento de los rasgos básicos de los Estados de Bienestar y la puesta en práctica de los principales sistemas de política social (Gallego et al., 2003, p. 47) y el segundo periodo, de 1960 a 1975, se define por la consolidación de los diferentes diseños del Estado de Bienestar configurados en la etapa anterior (Gallego et al., 2003, pp. 47-48).

Es en este último periodo, denominado por Gallego et al. (2003, p. 48) como fase de diversificación, en el que se asientan los tres grandes modelos de Estado de Bienestar europeos (Gallego et al., 2003, p. 48). Vale la pena detenerse en esta etapa para describir el escenario plural que se engendró y que permite comprender las múltiples trayectorias de los sistemas de bienestar y sus políticas públicas.

En las aproximaciones teóricas de los estudios comparativos sobre el Estado de Bienestar la tipología que Esping-Andersen elaboró en 1990 es una referencia inevitable a la hora de identificar y describir los diferentes modelos de bienestar que se formaron en Europa durante el siglo XX. La reflexión de la que parte Esping-Andersen para desarrollar sus tres mundos de bienestar se apoya en las aportaciones pioneras de otros autores, como son Richard Titmuss⁶⁸ o T. H. Marshall⁶⁹ (Esping-Andersen, 1993, pp. 40-41).

Sobre la base de los conceptos elaborados por los citados autores, Esping-Andersen profundiza la relación entre los derechos sociales, inherentes a la ciudadanía social, considerados como inviolables, y el compromiso del Estado como garante de esos derechos. Para el autor la introducción de los derechos sociales modernos implica una des-mercantilización de la naturaleza del individuo, ya que éste pasa de tener que asegurarse por sí mismo el mínimo para vivir a través de su participación en el mercado

⁶⁸ Richard Titmuss había desarrollado en 1958 su propio enfoque conceptual diferenciando los Estados de Bienestar residuales de los Estados de Bienestar institucionales. En los primeros, el Estado asume la responsabilidad cuando falla la familia o el mercado, mientras que en los segundos el Estado se proyecta hacia toda la población ofreciendo un compromiso institucionalizado de protección social para todos y no sólo para quien lo necesite (Esping-Andersen, 1993, p. 40).

⁶⁹ T. H. Marshall propuso en 1950 el concepto de ciudadanía social que constituía la idea central del Estado de Bienestar (Esping-Andersen, 1990, p. 41).

a tener garantizado su bienestar por el mero hecho de ser ciudadano en las modalidades en que el Estado de Bienestar se haya establecido (Esping-Andersen, 1993, p. 41).

Los modelos de la tipología de Esping- Andersen, como se detallará posteriormente, son fruto de un análisis original del autor en relación a la interacción de las tres fuentes principales de provisión de bienestar: el mercado, la familia y el Estado. El análisis de la posición de estas fuentes frente al ciudadano daría como resultado tres modelos diferentes de Estado de Bienestar: el modelo nórdico o socialdemócrata, cuyo caso emblemático es Suecia, el modelo continental o democristiano, con Alemania como paradigma, y el modelo anglosajón o liberal, representado por el Reino Unido (Gallego et al., 2003, p. 48).

A continuación, se exponen las características de la tipología de Esping-Andersen según el análisis realizado por Gallego, Gomà y Subirats (Gallego, 2003, pp. 48-49), ya que en él se identifican con precisión las dimensiones que inciden sobre las configuraciones institucionales internas de cada uno de los modelos, proporcionando los elementos básicos para entender más adelante el tipo de transformaciones de los Estados de Bienestar y sus dinámicas de reforma.

El modelo nórdico o socialista está basado en la redistribución y en el igualitarismo. Para ello articula su oferta de servicios sociales y de ayudas en base a los derechos sociales de ciudadanía. Sus políticas públicas son universales, apoyándose en un régimen de fiscalidad directa y progresiva. Las condiciones de inserción o exclusión laboral están sujetas a la capacidad de negociación de los agentes sociales, ya que la regulación pública del mercado del trabajo es mínima. Este modelo ha conseguido igualar el estatus de los ciudadanos independientemente de las estructuras de rentas o jerarquías a las que pertenezcan (Gallego, 2003, pp. 48-49). En conclusión, se observa cómo en este modelo la desmercantilización y la universalización se han extendido a todos los ciudadanos, donde ante la inseguridad o precariedad éstos no se ven forzados a depender de la familia ni de los vaivenes del mercado.

El modelo continental o democristiano se fundamenta en la provisión de seguridad ante los riesgos de enfermedad, invalidez y vejez (Gallego, 2003, p.48). La estructura de protección social está vinculada directamente a la participación de los ciudadanos en el mercado del trabajo. Por tanto, la realización de ciudadanía social como principio está

ligada a la esfera laboral. Como resultado de esta vertebración, el modelo fiscal se apoya en la aportación del trabajador al sistema mediante cotizaciones y, por consiguiente, la cobertura de la agenda social no es universal sino selectiva (Gallego, 2003, pp. 48-49). Este modelo tiende a reproducir las diferencias entre los estatus de los trabajadores y no corrige el tratamiento desigual que se produce en los binomios asalariados públicos - asalariados privados y hombre - mujer como sustentadores del bienestar familiar.

El modelo anglosajón o liberal se legitima en el papel auxiliar del Estado ante la quiebra del eje familia - mercado (Gallego, 2003, p. 48). La ayuda ofrecida por el Estado es asistencial y sigue criterios de necesidad. Ésta es otorgada cuando el ciudadano no es capaz de garantizarse el mínimo para subsistir por falta de recursos e ingresos, situación que le convierte en sujeto elegible para la obtención de ciertos servicios sociales y prestaciones. Este modelo combina un régimen de fiscalidad bajo con la cofinanciación del bienestar público. El régimen regulativo del trabajo también es débil, sin apenas límites impuestos por el Estado. El modelo liberal genera un proceso de polarización y de división del bienestar entre los sectores de rentas medias que pueden dirigirse hacia mercados privados de calidad y los sectores de rentas bajas que se ven empujados a recurrir a los servicios mínimos que proporciona el Estado en modalidad subsidiaria (Gallego, 2003, p. 49). En este modelo el Estado ostenta un papel residual en la provisión de bienestar, mientras que los ciudadanos son más dependientes del mercado.

Cuadro 9. Características multidimensionales de los modelos de Estado de Bienestar.

	MOD. NÓRDICO (SOCIALISTA)	MOD. CONTINENTAL (CRISTIANO)	MOD. ANGLOSAJÓN (LIBERAL)
Referente normativo predominante	Igualdad	Seguridad	Asistencia
Nivel de gasto social	Alto	Alto	Bajo
Tasa de desmercantilización	Elevada	Media	Débil
Estructura de financiación	Impositiva	Contributiva	Impositiva/tasas
Tipo de Cobertura poblacional	Universal	Selectiva	Selectiva
Criterio de acceso a prestaciones	Derecho (ciudadanía)	Inserción laboral	Necesidad

Fuente: Reelaboración de Gallego et al. (2003, p. 50)

La contribución de Esping-Andersen, que no estuvo ausente de críticas, como se verá a continuación, ayuda a contextualizar los sistemas sanitarios que se han estudiado en los

anteriores capítulos. Aunque esta tipología está ligada al periodo de consolidación de los Estados de Bienestar (1960-1975) es de ayuda a la hora de entender los procesos de transformación y de crisis, tanto de los Estados de Bienestar como de los diferentes sistemas sanitarios, subsistemas de cada uno de los modelos de bienestar.

Una de las críticas más recurrente que recibió la tipología de Esping-Andersen fue la de obviar en su análisis las particularidades de los modelos de bienestar de los países del sur de Europa⁷⁰ (Ferrera, 1996, p. 18). Un estudio más profundo de los rasgos peculiares de estos modelos hubiera permitido agruparlos en una subcategorización específica del modelo continental o democristiano (Ferrera, 1996, p. 18). Ferrera expone en su artículo (1996, pp. 29-30) varias de las características que diferencian a los modelos del sur de Europa o modelos mediterráneos. Entre ellos destaca el desarrollo tardío de la industrialización, la presencia de regímenes autoritarios que rezagaron la evolución de los sistemas políticos, el peso de la Iglesia Católica y el papel de la estructura familiar, en especial, el rol de la mujer, fuente principal de provisión de bienestar en las sociedades mediterráneas.

Más adelante se profundizará en los rasgos de esta subcategorización centrados en la transformación de los modelos de servicio sanitario nacional de España e Italia, junto a otras características como ha sido todo el proceso de descentralización regional de las políticas públicas sanitarias. Pero antes de pasar a este análisis, se ha de concluir este epígrafe retomando la segunda fase de crisis y reestructuración del Estado de Bienestar y su implicación en los sistemas sanitarios.

El paradigma del Estado de Bienestar keynesiano estuvo vigente durante 3 décadas, concretamente de 1945 a 1975. A partir de 1975 la expansión del Estado de Bienestar se paraliza principalmente como consecuencia de la crisis del petróleo de 1973, que comportará un cambio de ciclo económico (Gallego et al., 2003, p.47). Es a partir de este momento cuando el Estado de Bienestar comienza a recibir numerosas críticas por parte de sectores neoliberales y neoconservadores, ya que consideran que su coste es bastante elevado, además de ineficaz para luchar contra los fallos del mercado, impidiendo incluso el desarrollo económico (Pino del, 2011, p.1).

⁷⁰ España, Italia, Portugal y Grecia.

Se ha observado en la evolución histórica de los países de la presente investigación que, desde mediados de la década de los 70 hasta mediados de los 90 del siglo pasado, la gran mayoría de ellos (especialmente Inglaterra) emprendieron reformas de signo neoliberal, endureciendo los criterios de elegibilidad para ser beneficiario de determinados servicios o incluso introduciendo copagos (caso de Alemania). Estas décadas fueron críticas y marcaron un punto de inflexión en la naturaleza y concepción del Estado de Bienestar, que han demostrado que éste no se agota en su etapa keynesiana, sino que se enfrenta al reto de transformarse según las exigencias de cada momento histórico, sin desatender el compromiso generado décadas atrás con la sociedad.

De hecho, algunos autores como Pierson o Palier demostraron que a pesar de las medidas emprendidas y los recortes implantados en muchas de las políticas públicas de los años 90, éstos habían sido sostenibles y compatibles con el Estado de Bienestar (Pino del, 2011, p. 1). Sea como fuere, durante las últimas décadas del siglo XX, el Estado de Bienestar estuvo inmerso en un continuo debate político, teniendo que encarar al mismo tiempo el conflicto social derivado del malestar ciudadano. Sin embargo, Pierson, estudiando las transformaciones del Estado de Bienestar, afirmó a principios de este siglo que aunque las fluctuaciones de la economía global hubieran rebajado los fundamentos sociales y económicos del Estado de Bienestar, los procesos de transformación se debían más bien a la presión ejercida por los cambios y evoluciones sociales y económicas de cada Estado (Pierson 2006, pp. 43-44).

Este mismo autor, aun reconociendo que desde los años 70 del siglo pasado hemos entrando en la "era de la austeridad" de la política social del Estado de Bienestar (Pierson, 2011, pp. 5-7), afirma que los verdaderos cambios significativos se han centrado en la renegociación, en la reestructuración y en la modernización de las cláusulas del contrato social de posguerra en lugar de su desmantelamiento (Pierson, 2006, p. 44).

Pierson analiza los cambios del Estado de Bienestar en torno a tres dimensiones ligadas a la reestructuración que le permiten valorar el impacto de las reformas en los diferentes tipos de Estados. Estas dimensiones son: la remercantilización, la contención de costes y la recalibración (Pierson, 2006, p. 60). En cuanto a la dimensión de remercantilización, ésta llevaría a un retroceso del concepto de desmercantilización que Esping-Andersen trató en su tipología. Esta dimensión, tal y como apunta el autor, es clave para la reestructuración del Estado de Bienestar (Pierson, 2006, pp. 61-62) porque resalta el papel

del mercado y de las empresas privadas en la evolución de los regímenes de bienestar, orientando hacia el mercado, en mayor o menor grado, la gestión de los subsistemas del Estado de Bienestar, como pueden ser los sistemas sanitarios.

La segunda de las dimensiones es la referida a la contención de costes. Pierson concibe esta dimensión como la característica definitoria de la "era de austeridad", impensable en la etapa de expansión del Estado de Bienestar (Pierson, 2006, p. 64). El autor afirma una realidad que se está verificando como prioridad en las agendas de la mayoría, por no decir, todos los gobiernos de hoy día, independientemente del signo político al que pertenezcan. Hace ya 15 años Pierson advirtió que la necesidad de financiar el gasto público (en aquel momento y en momento actual) se presenta como el inconveniente más potente a la hora de decidir las políticas públicas (Pierson, 2006, p. 64). De esta manera los gobiernos se encuentran con marcadas tendencias hacia el aumento del gasto que deben frenar para poder cumplir con la reducción del déficit de sus países. Para ello desplazan los costes hacia los ciudadanos a través de impuestos o introduciendo copagos en servicios públicos que ya se financian por vía impositiva. Esta dimensión, como ya se ha observado, está muy presente en las políticas sanitarias de algunos de los sistemas sanitarios que se han estudiado en la presente investigación.

La última de las dimensiones que expone Pierson es la recalibración, entendida como iniciativa por parte de los gobiernos en la elaboración de reformas que sean más coherentes con los objetivos y demandas de la provisión social en los Estados de Bienestar. Para el autor existirían dos tipos diferenciados de recalibración: la racionalización y la actualización (Pierson, 2006, p. 65). La racionalización conllevaría a la modificación de programas inspirados por nuevas ideas sobre cómo alcanzar ciertos objetivos establecidos (Pierson, 2006, p. 65). Este tipo de recalibración contiene la voluntad de adaptarse a las demandas y ciclos sociales de la población a la que posteriormente serán dirigidas las políticas públicas. La aplicación de este tipo de dimensión se puede traducir en una modernización, donde se incluyen las reformas de servicios sanitarios, con el objetivo de lograr una mayor eficiencia de la provisión o simplemente mejorar en la receptividad de las verdaderas necesidades y demandas de los ciudadanos (Pierson, 2006, p. 66).

En relación a la actualización, ésta comportaría la modificación de programas ya existentes o la iniciación de otros nuevos como respuesta a nuevas necesidades sociales

(Pierson, 2006, p. 67). Por tanto, los esfuerzos por parte de los gobiernos se adaptarían a la percepción de las nuevas demandas, que normalmente son el resultado de situaciones cambiantes de la población o del mercado (Pierson, 2006, p. 66). Sin embargo, el autor remarca que en este tipo de recalibración es común la incoherencia entre los riesgos sociales emergentes y la identificación de objetivos para alcanzar una intervención estatal eficaz (Pierson, 2006, p. 67).

La introducción de este enfoque en la reestructuración del Estado de Bienestar por parte de Pierson, además de orientar, en la presente investigación, en el análisis de las transformaciones de éste y, por tanto, en las transformaciones de los sistemas sanitarios, ofrece un método bastante útil a la hora de identificar cuáles son las preocupaciones de los diferentes actores en la confección de las agendas políticas y, por supuesto, en las distintas dinámicas de reforma. De hecho, Pierson ofrece una valoración de la prominencia de estas dimensiones en los diferentes mundos de Estados de Bienestar de Esping-Andersen (Pierson, 2006, pp. 68-69), plasmando un esquema de evaluación del comportamiento del Estado en interacción con el mercado y con el individuo.

Según el autor, cada uno de los modelos de Estado de Bienestar de Esping-Andersen genera diferentes agendas políticas y por consiguiente diferentes dinámicas de reforma, a la luz de aquellas dimensiones que se muestran como predominantes en la acción de gobierno. Para Pierson en el modelo anglosajón o liberal han predominado los procesos de remercantilización, como consecuencia del papel residual del Estado en la provisión de bienestar. Mientras que en el modelo nórdico o socialdemócrata la contención de costes ha sido la dimensión de reforma que ha prevalecido (Pierson, 2006, p. 69).

Sin embargo en los Estados de Bienestar inspirados en el modelo continental o democristiano, también conocido como "corporativista", la dimensión que ha adquirido más protagonismo ha sido la recalibración (Pierson, 2006, p. 69). Esta elección se justifica en la necesidad de implementar reformas que reduzcan la carga impositiva de los salarios, ya que son las cotizaciones de los ciudadanos las que financian el Estado de Bienestar. Además al estar basado este tipo de modelo de Bienestar en la esfera laboral se hace necesario adaptarse continuamente a los cambios y fluctuaciones del mercado laboral. Aunque el autor no lo mencione, es oportuno simplemente aludir que, por ejemplo, en el caso alemán la contención de costes ha sido también una prioridad.

En la conclusión de este primer epígrafe es necesario señalar la importancia que tiene para la investigación haber desarrollado brevemente el origen, las fases y las características de los tipos de Estados de Bienestar que tienen lugar en Europa. De no ser así, inevitablemente este estudio estaría ante la difícil tarea de describir y analizar las transformaciones de los sistemas sanitarios sin tener la posibilidad de vincularlas a los modelos de Estado que han generado a su vez diferentes sistemas sanitarios.

Este recorrido ha ofrecido los elementos suficientes para plasmar el marco en el que tienen lugar tanto estas transformaciones como sus dinámicas de reforma y evolución. Sin embargo, antes de pasar a su análisis es necesario tratar en el siguiente epígrafe las formas de descentralización, en concreto la devolución regional que han experimentado los modelos de Servicio Nacional de Salud de España e Italia.

4.2 Los procesos de descentralización en las políticas públicas sanitarias europeas.

En cada uno de los apartados referidos a la organización de los sistemas sanitarios se ha podido percibir la existencia de procesos de descentralización en el ámbito de los diferentes niveles de gobierno y administración pública. Aunque no sólo se producen procesos de descentralización de poder y de decisión dentro de las administraciones, sino que en ocasiones el proceso de descentralización fluye hacia ámbitos no públicos.

No sería adecuado analizar las transformaciones de los modelos sanitarios que ocupan el presente estudio, así como las reformas en las políticas públicas sanitarias, sin considerar este aspecto tan presente y cuya expresión, en la mayoría de las ocasiones, revela la simultaneidad de varios procesos de descentralización. Debido a la complejidad de la combinación de los diferentes procesos que pueden coexistir dentro de un mismo sistema es necesario centrar conceptualmente la noción de "descentralización" en relación a éstos.

Dennis Rondinelli acotó en 1981 una definición de descentralización basada en la experiencia, problemática y observación surgida como fruto de la aplicación de ciertas políticas del programa de desarrollo de Naciones Unidas en algunos países en vías de desarrollo. Esta definición sentó la base sobre la cual otros autores, como Mills, Vaughan, Smith y Tabibzadeh (1990, p. 11) o Collins y Green, desarrollarían posteriormente este concepto, aunque dando mayor peso a unas determinadas características más que a otras (Bankauskaite y Saltman, 2007, p.10).

Rondinelli define la descentralización como la transferencia o delegación de autoridad jurídica y política para planificar, tomar decisiones y gestionar las funciones públicas del gobierno central y sus agencias a unidades subordinadas de ese mismo gobierno u otro tipo de autoridades (Rondinelli, 1981, p.137; Rondinelli, Nellis y Cheema, 1983, p.13). Esta definición conlleva que el poder y la toma de decisiones pueden ser transferidos hacia niveles inferiores de la administración pública u otro tipo de organizaciones públicas o privadas. Aunque en ocasiones la descentralización como proceso puede producirse en un entorno complejo y altamente político, haciendo que las decisiones sean forzadas y llegando a perjudicar la búsqueda de la eficiencia y eficacia en la provisión de los servicios públicos sanitarios (Kolehmainen-Aiken, 1999, p. 48).

Anteriormente se ha mencionado que la definición de Rondinelli sentó las bases del concepto de descentralización, pero de igual manera este autor fue pionero en la elaboración de una tipología clasificatoria del concepto que esbozó en 1981 y que más tarde perfeccionaría en 1983. Para el autor la descentralización se enmarcaría en torno a dos dimensiones diferentes: la primera descansaría en criterios de distribución predominantes (Rondinelli, 1981, p. 137), mientras que la segunda se asentaría en los grados de responsabilidad transferidos (Rondinelli et al., 1983, p. 14).

En relación a la primera dimensión, el autor distingue entre descentralización funcional y descentralización territorial o geográfica. La descentralización funcional se refiere a la transferencia de autoridad del gobierno central a una entidad especializada, ya sea una oficina o una empresa pública, para desarrollar una función específica de la atención sanitaria transfiriendo la potestad necesaria para llevar a cabo esa función (Rondinelli, 1981, p. 137). La descentralización territorial o geográfica se refiere a la transferencia de responsabilidad de las funciones públicas a organizaciones o entes sub-territoriales dotados de autoridad política (como puede ser una provincia o un distrito en el caso inglés y un municipio o una región en los casos español e italiano), que les permite realizar legalmente esas funciones exclusivamente dentro de su frontera geográfica y política (Rondinelli, 1981, p. 137).

En cuanto a la segunda dimensión, el autor distingue cuatro grados de descentralización: la delegación, la desconcentración, la devolución y la privatización (Rondinelli et al., 1983, p. 14). Para Rondinelli la delegación consiste en la transferencia de funciones de responsabilidad administrativa a un nivel de organización inferior que se encuentra fuera

de la estructura gubernativa (Rondinelli et al., 1983, p. 19); mientras que la desconcentración se refiere a la entrega de cierta responsabilidad a los niveles inferiores de la administración, que pueden ser tanto estructuras pertenecientes a los ministerios como organismos del gobierno central (Rondinelli et al., 1983, p. 14). La devolución, sin embargo, implica la cesión de autoridad a un nivel político (normalmente distritos o regiones) que se encuentra por debajo del gobierno central, el cual ve relegado su papel a la supervisión o control indirecto de la acción de estos niveles políticos (Rondinelli et al., 1983, p. 24). Y el último grado de descentralización distinguido por el autor es el referido a la privatización, que tiene lugar cuando los gobiernos transfieren parte de sus tareas y funciones a organizaciones privadas, como pueden ser grupos profesionales, asociaciones religiosas, organizaciones no gubernamentales o cooperativas (Rondinelli et al., 1983, p. 28).

A pesar del esfuerzo de Rondinelli en la elaboración de una clasificación precursora, ésta no ha cosechado un gran acuerdo entre la literatura. Tal es así que varios autores han puesto en tela de juicio lo que realmente estos conceptos suponen en sí y en relación con los procesos de descentralización (Bankauskaite y Saltman, 2007, p. 10). Por ejemplo, en el caso de la desconcentración algunos investigadores no consideran en absoluto que sea un tipo de descentralización y para demostrarlo se apoyan en que ésta no conlleva en realidad ningún tipo de descentralización del poder, ya que los niveles inferiores de la administración no ejercen potestad en la toma de decisiones, sino que cumplen directrices del poder central (Bankauskaite y Saltman, 2007, p. 10).

De igual manera, la devolución y la privatización nos son consideradas por otros autores como formas de descentralización. En relación a la devolución, Sherwood, en 1969, argumentó que se trataba de un concepto bastante distante a la descentralización, porque implicaba la cesión de funciones por el gobierno central hacia entes que no estaban bajo el control directo de la autoridad central y, por lo tanto, se producía una separación, fenómeno bien diferente a la descentralización (Bankauskaite y Saltman, 2007, p. 10).

La inclusión de la privatización como tipo de descentralización también ha generado controversias. Collins y Green sostuvieron en 1994 que para poder considerar la privatización como un tipo de descentralización, la transferencia de autoridad y funciones

se debía dar del centro a la periferia, mientras que en su caso se producía una transferencia de autoridad del sector público al sector privado, por tanto, los conceptos eran también en este caso diferentes (Bankauskaite y Saltman, 2007, p. 10).

Se podría afirmar que las críticas a la tipología de Rondinelli han evidenciado una falta de claridad y de consenso en los conceptos fundamentales de la descentralización. Esta situación provoca, en un marco de análisis comparativo, varias dificultades, no sólo en relación a la medición de grados de descentralización, sino en la implicación de éstos en un vasto número de funciones como son la provisión, la financiación, la organización o planificación de la asistencia sanitaria.

Se ha podido observar en los primeros capítulos, sobretudo en el capítulo dedicado a los sistemas sanitarios de España e Italia, cómo la descentralización ha formado parte de la agenda política sanitaria como configuración del sistema sanitario. Para poder analizar cómo el proceso de descentralización ha modulado el sistema sanitario y las relaciones entre los diferentes actores es necesario un marco conceptual que ayude a tener en cuenta toda la complejidad del proceso en el ámbito del presente estudio.

Karsten Vrangbæk (2007, pp. 45-46) ofrece una definición de descentralización basada en una perspectiva cuya característica facilita centrar esta investigación. Para Vrangbæk la descentralización en relación a las políticas sanitarias es "la transferencia de poder y responsabilidad formal que permiten decidir en relación a la gestión, producción, distribución y/o financiación de los servicios sanitarios, por lo general de un menor a mayor número de actores separados geográficamente u organizativamente⁷¹". El autor ofrece también un análisis de su definición subrayando aquellos elementos que para él sostienen el significado y la orientación del concepto de descentralización y que, por su importancia, se exponen a continuación.

Para Vrangbæk, la siguiente frase "la transferencia de poder y responsabilidad formal que permiten decidir" indica que la descentralización implica un cambio en la rendición de cuentas y en la estructura de la toma de decisiones. Siguiendo el marco conceptual de Rondinelli, afirma que la transferencia puede darse entre niveles políticos (devolución),

⁷¹ Definición de descentralización en relación a las políticas sanitarias de Karsten Vrangbaek: *The transfer of formal responsibility and power to make decisions regarding the management, production, distribution and/or financing of health services, usually from a smaller to a larger number of geographically or organizationally separate actors.*

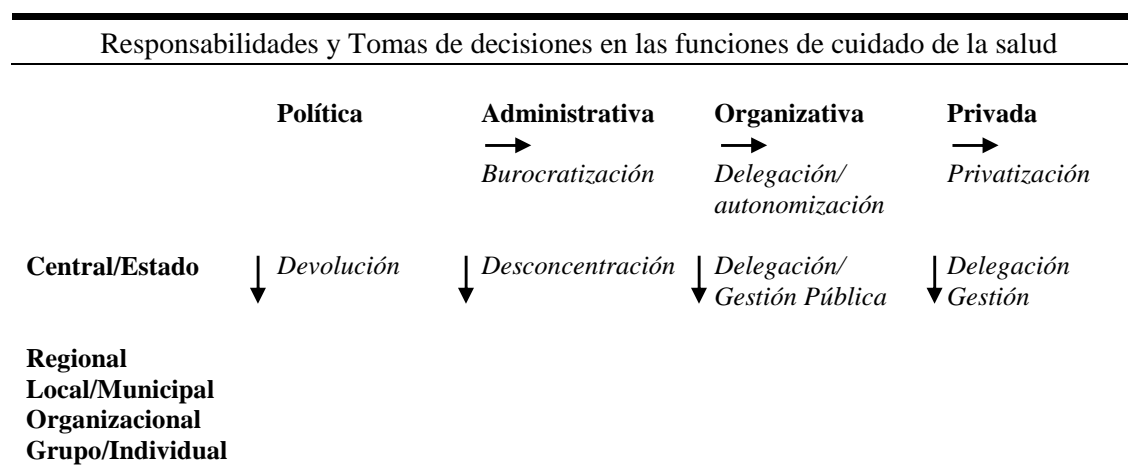
entre niveles administrativos (desconcentración), de un nivel político hacia un nivel administrativo (burocratización) o a niveles institucionales relativamente independientes (delegación/autonomización en el sector público). Para finalizar afirma que esta transferencia de responsabilidad también puede dirigirse hacia actores privados (privatización) (Vrangbæk, 2007, p. 46).

Para el autor, el uso de la expresión idiomática "por lo general" en la definición implica que la descentralización puede darse también a nivel horizontal o basarse en principios funcionales que no signifiquen el traspaso de autoridad a un vasto número de actores (Vrangbæk 2007, p. 46). Por otra parte, el término "responsabilidad" está vinculado en la definición a la decisión; debe entenderse como responsabilidad formal para la toma de decisiones por parte de aquellas personas responsables (políticos o altos funcionarios) ante los ciudadanos dentro del sector público y por parte de aquellos entes también responsables ante los consumidores o usuarios dentro de las organizaciones del sector privado (Vrangbæk, 2007, p. 46).

En cuanto al término "poder", el autor parte del "espacio de decisión" de Bossert y relaciona este término con el ámbito de aplicación para la toma de decisiones; esto es, con la variedad de decisiones que se pueden tomar, teniendo en cuenta el grado de discrecionalidad⁷² y la importancia en términos de impacto en los productores y consumidores (Vrangbæk, 2007, p. 46).

A partir del análisis de esta definición se hace evidente que la descentralización puede ser observada desde el punto de vista de su proceso dinámico o desde términos estructurales/estáticos (Vrangbæk, 2007, p. 47). La figura que se expone a continuación representa las dimensiones de la descentralización en base a esta observación del autor. En ella se refleja una perspectiva de tipo ideal simplificada en relación a las posibles combinaciones de descentralización. Las dimensiones estructurales del eje vertical se refieren a los niveles político-administrativos desde el Gobierno central o estatal hasta el individuo. La dimensión donde se situará la descentralización dependerá de la tradición, la cultura, la legislación y de los mecanismos de coordinación del sistema de salud de cada país.

⁷² El alcance y el nivel de discreción son determinados por el esquema institucional específico, incluido el marco jurídico, las normas y las rutinas que se desarrollan en el sistema (Vrangbæk, 2007, p. 46).

Figura 33. Dimensiones estructurales y de procesos en la descentralización.

Fuente: Vrangbæk (2007, p. 47).

En cuanto a las dimensiones estructurales del eje horizontal, éstas representan diferentes esferas. Por un lado, distingue entre los niveles políticos y administrativos, donde los niveles políticos se caracterizan por elecciones democráticas ya sean directas o indirectas, mientras que las estructuras administrativas están subordinadas al nivel político (Vrangbæk, 2007, p. 48). La tercera dimensión se refiere a la organización y la última a la esfera privada. La combinación de las dimensiones estructurales, representadas en ambos ejes, ya sea verticales que horizontales, genera una red de posibles procesos de descentralización dinámicos (Vrangbæk, 2007, p. 48) que se analizarán en breve.

Para el autor la combinación de las dimensiones daría lugar a 5 procesos de descentralización. El primer lugar, la devolución, que conlleva la descentralización a un nivel político inferior como pueden ser el caso de las regiones o municipios. En este tipo de descentralización se produce un traspaso de competencias a las autoridades regionales (España e Italia) o municipales. Este proceso de descentralización puede deslizarse hasta el último de los niveles del eje vertical (grupo/individuo). Recordar que, por ejemplo, en el caso suizo el individuo o ciudadano está involucrado en la decisión de la política sanitaria a través de referéndum.

La desconcentración sería el segundo de los procesos y se refiere a la transferencia del poder y la responsabilidad dentro de una misma estructura administrativa, de un menor número a un mayor número de actores administrativos. El autor considera que este tipo de desconcentración es vertical (Vrangbæk, 2007, p. 48); mientras que si este proceso se produce desde la gestión central a grupos no gerenciales, como por ejemplo a

profesionales de la salud, estaríamos hablando de desconcentración horizontal (Vrangbæk, 2007, p. 49).

La burocratización implica la transferencia de poder y responsabilidad desde niveles políticos a niveles administrativos. En este tipo de proceso de descentralización se ubicarían aquellos casos en los que se transfiere la responsabilidad de los servicios públicos del nivel político a organismos regionales o a agencias creadas *ad hoc* para las diferentes funciones descentralizadas (Vrangbæk, 2007, p. 49).

La delegación y autonomización sería aquel tipo de descentralización donde se transfieren funciones limitadas para la gestión de la organización para un periodo específico de tiempo. Dentro de este tipo de proceso podrían tener lugar la creación de entidades semiautónomas ("empresas públicas") para la organización y provisión de la atención hospitalaria (Noruega). Otro ejemplo de este proceso podría ser el desempeñado por las cajas de enfermedad en la renegociación de los presupuestos con los hospitales (Vrangbæk, 2007, p. 49).

Y, por último, la privatización se presenta como proceso de descentralización cuando la responsabilidad de algunas funciones en particular son transferidas de la esfera pública a actores privados, de forma permanente o para un periodo de tiempo determinado (Vrangbæk, 2007, p. 49). Este proceso puede tener lugar en todos los niveles, como por ejemplo en la provisión de asistencia sanitaria a nivel nacional, aunque es más común su presencia a nivel regional y local, sobretudo en la provisión de servicios sanitarios. La introducción de la elección para el ciudadano ha sido vista como una forma radical de privatización, porque aunque la financiación y la provisión permanezcan públicas, la introducción de la elección empuja el sistema orientándolo hacia dinámicas de mercado (Vrangbæk, 2007, pp. 49-50).

En cuanto a la privatización como proceso de descentralización, no se debe olvidar que ésta tuvo lugar sobre todo como consecuencia de la crisis del Estado de Bienestar. Se ha podido ver en el epígrafe anterior cómo los estados europeos, ante los límites impuestos por la crisis, han intentado orientar sus modelos de bienestar abriendo paso al mercado. A partir de los años 80 y 90 los gobiernos europeos adoptaron una serie de estrategias donde el sector público fue sometido a las fuerzas del mercado, introduciendo distintos modos de participación del sector privado en la esfera de lo público (Atun, 2007, p. 248).

Las diferentes estrategias adoptadas en Europa, según Atun (2007, pp. 248-249), fueron: la privatización total, la externalización de servicios hacia el sector privado⁷³, la creación de nuevas organizaciones híbridas⁷⁴ y la modernización de la modalidad del trabajo de aquellas organizaciones que permanecieron bajo el control del Estado.

En la descripción de los diferentes países de esta investigación se han detallado los instrumentos y las modalidades en los que la privatización se ha manifestado en cada sistema sanitario, por tanto, no tendría lugar volverlos a mencionar aquí. Sin embargo, es importante identificar que la privatización es otra de las formas de descentralización utilizada por los gobiernos en funciones como la provisión, la organización o planificación de la asistencia sanitaria.

Como conclusión, la tipología de Vrangbæk proporciona un marco que describe todos los tipos de procesos de descentralización que pueden darse en la atención sanitaria. Aunque esta tipología es sólo el armazón que debe complementarse con una descripción más detallada de cada sistema sanitario, de manera que se puedan percibir las variaciones y combinaciones. Por este motivo fue necesario analizar en los capítulos precedentes la evolución política y administrativa de las diferentes autoridades políticas y de la administración, incluyendo el grado de descentralización en la política sanitaria.

De esta manera, es posible hacerse a una idea de la red de actores que están presentes en el sistema y de cómo éste funciona en relación a las decisiones.

4.3 Transformaciones en los modelos de Servicio Nacional de Salud de Italia y España. Descentralización regional y orientación al mercado en los modelos de Servicio Nacional de Salud.

A lo largo de este capítulo se ha analizado brevemente el desarrollo del Estado de Bienestar y la descentralización como proceso, con el objetivo de contextualizar y favorecer el estudio de las transformaciones de los modelos de Servicio Nacional de Salud de España e Italia. El presente epígrafe se focalizará en los rasgos que han presentado

⁷³ Se introdujeron mercados internos y otros mecanismos con el objetivo de aumentar la libre competencia y conseguir una mejor relación calidad-precio. Con esta estrategia muchos servicios fueron subcontratados al sector privado.

⁷⁴ Asociaciones público-privadas y organismos no gubernamentales cuasi-públicos sujetos a métodos de gestión privada y administrados en condiciones de competencia a través de contratos y metas en el desempeño para el servicio.

tanto el sistema sanitario español como el sistema sanitario italiano y cómo éstos se han transformado en los últimos decenios del siglo XX y principios del siglo XXI.

En el tercer capítulo de esta investigación, dedicado a la profundización de los sistemas sanitarios de ambos países, han aflorado las características más importantes de sendos sistemas, que permitirían ubicarlos en la subcategorización propuesta por Ferrera a la tipología de Esping-Andersen sobre los modelos de Estado de Bienestar, es decir, la referida a los modelos del Sur de Europa o modelos mediterráneos (Ferrera 1996, pp. 29-30). Ferrera⁷⁵ consideraba que España e Italia presentaban otras características diferentes al modelo de Estado de Bienestar continental o corporativista, donde normalmente la literatura los había situado, pero en realidad lo que sus observaciones⁷⁶ constatan es una transición del modelo.

Es cierto que de partida los sistemas de protección social en los que se forjaron los sistemas sanitarios de España e Italia fueron de impronta *bismarckiana*. Por tanto, poseían todas aquellas características típicas del modelo *Bismarck*, donde el sistema giraba en torno a la inserción laboral del individuo, el cual estaba obligado⁷⁷ por ley a inscribirse al Seguro Obligatorio de Enfermedad. La consolidación de ambos sistemas tuvo lugar durante la dictadura franquista en el caso español y después del "*ventennio fascista*"⁷⁸ en el caso italiano.

Tanto el uno como el otro se apoyaban en una red de mutuas o cajas de enfermedad para la provisión del servicio, que era financiado a través de las cotizaciones de los trabajadores. En cuanto a las fórmulas de contribución y sus beneficios, en los países del modelo mediterráneo se verificaba, según Ferrera, una de las diferencias más notables en relación al modelo corporativista, ya que las prestaciones monetarias, especialmente las pensiones, jugaban un papel muy importante. Sin embargo, para Ferrera (1996, p. 22)

⁷⁵ Se ha de tener presente que el análisis del autor está datado en 1996. Por tanto habían ya transcurrido casi dos décadas en el caso italiano y una en el caso español desde la introducción del modelo de Servicio Nacional de Salud.

⁷⁶ En el artículo de Ferrera (1996, pp. 22-25) el autor apunta una serie de observaciones en relación a los sistemas sanitarios de España e Italia que demuestran no sólo que sus sistemas poseen características diferentes, sino que han evolucionado y mutado al incluir la universalización del servicio y al permitir la presencia del sector privado en la provisión de éstos (esto último no tanto en España, como sí en Italia, Grecia y Portugal).

⁷⁷ La obligatoriedad de inscripción al Seguro Obligatorio fue instituida en España en 1942 (primeros años de la dictadura franquista) y en Italia en 1944 (un año después de la finalización del Periodo Fascista).

⁷⁸ De 1922 a 1944.

el rasgo que diferencia a los países mediterráneos es la mezcla del sistema de financiación (cotizaciones de los trabajadores) y el enfoque universalista de sus sistemas sanitarios.

Tanto en la Constitución italiana (art. 32), aprobada en 1948, como en la española (art. 43), aprobada en 1978, fueron recogidas referencias explícitas a la atención sanitaria como un derecho ciudadano básico. Pero los dos países tuvieron que esforzarse por reformar sus sistemas y hacer que el principio de universalidad fuese una realidad. De hecho, Italia no introduciría el modelo de Servicio Nacional de Salud hasta 1978 (30 años después), con la aprobación de la Ley 833/78, y, por su parte, España no haría lo mismo hasta 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad.

Italia fue el primer país de la Europa mediterránea que emprendió el camino de la universalidad en su sistema sanitario, suprimiendo el sistema de mutuas o cajas de enfermedad y garantizando la asistencia universal, desde ese momento ligada al estatus de ciudadanía y residencia e independiente de la condición socio-económica (Maino, 2012, p. 195). Sin embargo, el sistema sanitario español transita de un modelo a otro casi una década más tarde que el italiano, como consecuencia de su particular momento histórico: el fin de la dictadura franquista y la transición hacia la democracia.

En ninguno de los dos casos la transformación de un sistema *bismarckiano* a un sistema de Servicio Nacional de Salud fue automática, debido a la simultaneidad de otros factores que de alguna manera han interferido pero que también han protagonizado su transición. Entre estos factores destacan los procesos de descentralización que en materia sanitaria han experimentado los dos países, como son la descentralización regional y la orientación al mercado.

Una de las conclusiones que se pueden extraer del capítulo anterior es que tanto España como Italia recibieron competencias y poderes de sus respectivos gobiernos en materia sanitaria. Es importante recordar brevemente que las regiones italianas fueron constituidas en 1970, aunque las funciones administrativas y competencias en materia de asistencia sanitaria y hospitalaria no fueron transferidas completamente hasta 1977, justo un año antes de la introducción del Servicio Nacional de Salud (Maino, 2012, pp. 198-199). Sin embargo, en relación a estas competencias la Ley 833/1978 no había precisado la definición de los roles y de las funciones de los diferentes niveles de gobierno y esto provocó continuos conflictos que no permitían avanzar (Maino, 2012, pp. 208-209). Por

este motivo las reformas de los años 90 establecieron con más precisión las competencias administrativas y fiscales que finalmente fueron traspasadas a las regiones y, con ellas, todas las responsabilidades financieras en una fase de crisis económica (Maino, 2012, pp. 212-213).

Por tanto, en términos de descentralización, las reformas establecidas por los Decretos Legislativos 502/1992 y 517/1993 conllevaron un desplazamiento completo de las competencias sanitarias al nivel regional, que se pueden identificar dentro de los procesos de descentralización como devolución regional. Pero este proceso, que implicó un reforzamiento de las regiones, se entrelazó con el proceso de empresarización del modelo organizativo, transformando la organización de tipo político-administrativo (Unidad Sanitaria Local-USL) a una organización de tipo técnico-empresario (Empresa Sanitaria Local-ASL). Este hecho puede ser considerado como crucial en el sistema, ya que en las USLs los poderes decisionales estaban atribuidos a un comité de gestión con componentes nombrados políticamente, mientras que en las ASLs los poderes de gestión están transferidos a un órgano de naturaleza no política, sino de gestión con un director general como responsable de la actividad (Maino, 2012, p.214). Se podría afirmar que el proceso de devolución regional en Italia permitió la creación de un modelo de competición pública que dio espacio a formas gerenciales propias de sector privado, rescatando al sector público de la ineficiencia y permitiendo que éste estuviera a la altura de competir con el privado.

En el caso español, como ya se ha visto en el capítulo 3, el proceso de descentralización regional se produjo de manera gradual, de 1981 a 2002, donde algunas Comunidades Autónomas con una tradición de autogobierno a sus espaldas recibieron las competencias sanitarias incluso antes de que fuera aprobada la Ley General de Sanidad. Por tanto, el proceso de devolución regional en el caso español, además de diferenciarse por su naturaleza asimétrica, refleja connotaciones de reivindicación política por parte de aquellas autoridades políticas regionales de las llamadas regiones históricas. Sin embargo el proceso de devolución regional en España debe ser focalizado buscando la relevancia de las consecuencias que este cambio institucional supuso, ya que los servicios sanitarios constituyen el traspaso de competencias más importantes que han recibido los gobiernos autonómicos.

En 2002 se dio por concluido el proceso de descentralización regional, cuando la totalidad de las Comunidades Autónomas recibieron las competencias exclusivas sobre la planificación sanitaria y sobre la organización y gestión de todas las redes y servicios sanitarios. Los primeros esfuerzos llevados por los gobiernos autonómicos, tanto de las comunidades de vía rápida como de vía lenta, estuvieron centrados en la integración y la racionalización de las diversas redes asistenciales (Gallego et al., 2003, p. 106).

Posteriormente las reformas sanitarias llevadas a cabo en España en el último decenio del siglo pasado giraron en torno a la dimensión operativa del sistema y a los instrumentos de intervención utilizados (*governance*) en las formas de provisión, organización y gestión de los servicios (Gallego et al., 2003, p. 111). Sin embargo el modelo de provisión directa constituido durante los años 80 obtuvo un peso tal que ha hecho difícil experimentar con modelos alternativos de provisión indirecta, inspirados en algunas reformas llevadas a cabo en otros países europeos en los que España se había inspirado para la transición del modelo (modelo *Beveridge*). Este hecho pone de manifiesto una dificultad de liderazgo en la implementación de las políticas sanitarias por parte de las algunas autoridades regionales que han querido abrir el sistema hacia el sector privado.

Continuando con el análisis, tanto Italia como España se han caracterizado en materia sanitaria por un proceso de devolución regional, que ha ido acompañado por las presiones del fin de la expansión del Estado del Bienestar. En la evolución histórica de los países en los que se ha centrado el estudio, se ha observado que a partir de mediados de los años 80 se inicia un proceso general de reforma de los Estados de Bienestar, basado en propuestas que asignan un énfasis significativo a otros tipos de descentralización que conllevan la orientación de los sistemas sanitarios hacia el mercado, adoptando diferentes dinámicas relacionadas con la creación de mercados internos o la contratación externa de los servicios públicos.

Como consecuencia del fin de la expansión del Estado de Bienestar en la década de los 70 del siglo pasado, los sistemas sanitarios comienzan a experimentar presiones que se traducen en la disposición de una serie de medidas impulsadas por parte de los gobiernos para intentar contener los costes derivados del cuidado de la salud, que llevan a limitar la cantidad de recursos dedicados al sistema sanitario. Esta situación provoca que los niveles de gobierno competentes en materia sanitaria, respetando siempre las leyes nacionales,

intenten buscar formas más eficientes para afrontar estos problemas (Schmid, Cacace, Götze y Rothgang, 2010, p. 456)

Las reformas de los años 90 en Italia estuvieron marcadas por el impulso de una nueva cultura de la responsabilidad y de iniciativa de gestión empresarial en el campo sanitario, inspirándose en la propuesta de reforma del gobierno británico de Thatcher (1991). Esta propuesta apostaba por la introducción de un mercado interno entre compradores y proveedores de los servicios con el objetivo de crear mercados simulados y por tanto una competición entre lo público y lo privado (Maino, 2012, p. 212). Algunas de las regiones italianas recogieron esa idea y han transformado sus sistemas sanitarios dando espacio a la participación del sector privado, sobretudo en la provisión del servicio. En cambio, España, que también tiene como referencia el modelo británico, para reforzar la autonomía de gestión y la separación real entre los entes compradores y proveedores de los servicios del sistema sanitario optó por propulsar cierta legislación, como puede ser la Ley 15/1997 sobre la habilitación de nuevas formas de gestión, con el intento de fomentar la transformación del sistema en relación a la gestión y provisión de los servicios sanitarios. Por tanto, se podría aseverar que la privatización como proceso de descentralización tiene lugar en los dos países, aunque en modalidades y en grados de intensidad diferentes.

A lo largo del epígrafe se han ido evidenciando algunas de las características que han presentado los modelos de Servicio Nacional de Salud de España e Italia, tomando como referencia la transición de su modelo (de *Bismarck* a *Beveridge*). A continuación a modo recapitulativo, se puntualizan algunas de estas características, añadiendo algunos rasgos específicos que ayudan a comprender aún más cómo han y están evolucionando actualmente ambos sistemas.

La universalidad de la cobertura fue la primera particularidad que los sistemas sanitarios de Italia e España adquirieron al transitar de un modelo *Bismarck* a un modelo *Beveridge*. Esto supuso que los dos sistemas fueran gratuitos en el punto de asistencia para todos aquellos ciudadanos nacionales o residentes en el territorio nacional. Por tanto, a partir de 1978 en Italia y de 1986 en España, la condición de beneficiario no dependía de la participación del ciudadano en el mercado de trabajo sino que pasó a estar garantizada

como derecho social⁷⁹. Sin embargo, la última reforma sanitaria aprobada en España ha limitado el principio de universalidad, recurriendo a un proceso de remercantilización, según el análisis de Pierson.

Las políticas de contención de costes han sido una dinámica constante desde la última década del siglo pasado en toda Europa y España e Italia han seguido también esa tendencia en sus políticas sanitarias. La actual crisis económica ha llegado incluso a superar la línea de contención, transformándose en reducción (recortes). Contención de costes y reducción se han centrado en dos aspectos principales: compromisos en la reducción del gasto sanitario por parte de los gobiernos regionales (Fernández-Lasquetty, J., 2014, Apéndice B, p.12) y la introducción de copagos de los servicios dirigidos a los ciudadanos. Siguiendo el análisis de Pierson (2006, p. 69), aunque los sistemas sanitarios de Italia y España se ubican en el modelo de Servicio Nacional de Salud, la dimensión de recalibración (predominante en los modelos corporativistas como Alemania) se ha justificado debido a la necesidad de implementar reformas que contuvieran de costes y aplicaran copagos.

En cuanto a la reducción del gasto sanitario, los sistemas sanitarios regionales, sobretudo en España, se han visto obligados a disminuir al mínimo el gasto para no superar un presupuesto ya mermado. Para ello se han tomado ciertas medidas que controlasen las diferentes partidas como puede ser la del personal médico, volviendo a la jornada de 37 horas o no cubriendo aquellas vacantes que se liberaban por jubilaciones regionales (Fernández-Lasquetty, 2014, Apéndice B, p. 9).

En cambio con los copagos se ha querido transferir a los ciudadanos parte de los costes relacionados con el consumo de servicios y productos sanitarios. En el caso italiano hay que especificar que desde 1989 está implantado el ticket sanitario⁸⁰, como modalidad de copago. El ticket sanitario es recaudado por las regiones y consiste en la contribución que el ciudadano aporta por algunas prestaciones⁸¹ del *Servizio Sanitario Nazionale*. Las cuotas están recogidas por ley y existe un sistema de exención basado en un mínimo de renta y en una categoría de enfermos crónicos. Este tipo de medida sería de difícil

⁷⁹ Es necesario precisar que, en relación al sistema sanitario español, con la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, el principio de universalidad se ha limitado, ya que esta ley recupera la figura del "asegurado" como criterio base para la elegibilidad de las prestaciones y servicios del Sistema Nacional de Salud español.

⁸⁰ El ticket sanitario en Italia fue introducido con el Decreto Ley n°382 de 25 de noviembre de 1989.

⁸¹ Visitas a los médicos de la atención especializada, pruebas y análisis clínicos e ingresos hospitalarios.

implantación en España. De hecho, en el caso español, toda la asistencia sanitaria es gratuita en el punto de asistencia (primaria, especializada y hospitalaria), aunque en algunas Comunidades Autónomas se han querido introducir copagos por la adquisición de medicamentos con receta. En relación a esto último, el Gobierno de la Comunidad de Madrid recogió en su presupuesto de 2013 una medida que generó una gran polémica, conocida como el "euro por receta". Esta medida fue suspendida cautelarmente por el Tribunal Constitucional y finalmente anulada (El Consitucional anula, 2014).

La introducción de lógicas de mercado ha planteado la redefinición del reparto de responsabilidades entre el Estado y el mercado en algunas funciones del sistema sanitario, sobretodo en la provisión. En el caso español, los gobiernos de la Comunidad de Madrid y de Valencia (gobernados por el Partido Popular) han introducido nuevas formas de colaboración de gestión indirecta y de provisión mixta (público-privada). En el caso de la Comunidad de Madrid, como se observará en el caso de estudio, este tipo de colaboraciones ha generado una fuerte contestación por parte de los ciudadanos y de las profesiones sanitarias.

Tanto la senda hacia la orientación al mercado, como los resultados de la apertura hacia el sector privado como colaborador en la asistencia sanitaria en España e Italia han sido diferentes. En España (excepto Cataluña) la participación de la iniciativa privada, a través de proveedores privados ha despertado rechazo; en Italia la colaboración entre el sector público y privado en el ámbito sanitario no ha generado ese recelo e incluso se podría afirmar que ha reforzado el papel del gobierno regional como actor garante y responsable ante los ciudadanos. Como ya se ha visto en el tercer capítulo, en el caso italiano, las regiones fueron llamadas a elegir cómo relacionarse con respecto al sector privado escogiendo "institucionalmente" no sólo el modelo de organización sanitaria sino el tipo de "governance"⁸², mientras que el caso de español se ha apoyado en otro tipo de fórmulas.

En este caso de estudio se tendrá la oportunidad de analizar éste y otros aspectos. En concreto, cómo los sistemas sanitarios regionales se han configurado, cómo han elegido implantar sus reformas y cuáles son los instrumentos de los que se han dotado para ello.

⁸² En el capítulo 3 se ha explicado que las Empresas Sanitarias Locales (ASL) han adoptado diferentes modalidades de organización en el territorio italiano dando lugar a diferentes tipologías de ASL (integradas, separadas y mixtas) y, por tanto, a diferentes modelos de organización sanitaria.

El camino recorrido hasta ahora permite entender los contextos y las dinámicas que facilitan la comprensión del sistema en su conjunto. No obstante, se ha de completar el marco teórico perfilando los elementos fundamentales en los que tiene lugar la política pública sanitaria, los ciclos de ésta y el contexto en el que se mueven los actores que están presentes en el sistema sanitario.

5. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, LOS ACTORES Y LA DECISIÓN.

El marco teórico expuesto en el anterior capítulo ha recorrido parte del camino que permite enmarcar la presente investigación, sin embargo aún debe completarse, ya que la transformación de los Estados de Bienestar también ha supuesto una transformación en los instrumentos de la acción política. Es conveniente recordar que la gran transformación que ha implicado la llegada del Estado de Bienestar es la asunción por parte de las instituciones públicas de aquellos problemas que atañen a los ciudadanos, dando así origen a las políticas contemporáneas (Mény y Thoenig, 1992, p. 20). La dimensión de las tareas asumidas provoca inevitablemente una transformación en los instrumentos en los que se apoya el actor principal (el Estado) para satisfacer la demanda social.

Para ofrecer soluciones, la acción del Estado se justifica y adquiere forma en términos de políticas públicas. Éstas son fruto de las decisiones adoptadas por el actor o actores gubernamentales⁸³, que, dotados de legitimidad, han estimado oportuno prestar atención a un problema o problemas incluyéndolos en su agenda política. Sin embargo, aunque las decisiones más relevantes sean las políticas públicas, éstas no son las únicas que se toman en la esfera pública (Dente y Subirats, 2014, p. 38), debido a la existencia de otros actores cuyas preferencias puedan diferir y cuya acción, por tanto, pueda alterar la ejecución de las medidas contempladas por el actor principal.

Como se observa, el escenario puede ser muy amplio y es por esta razón que la tarea principal de este capítulo será la de abordar no sólo qué es una política pública, sino todos los elementos que subyacen en el contexto en el que se desarrolla. De esta manera, en el primer epígrafe se profundizará en los aspectos fundamentales de las políticas públicas para posteriormente poder analizar los actores que forman parte del sistema y el impacto de sus decisiones. Con este análisis se pretende dar con la herramienta clave que permita confrontar, interpretar y contrastar las hipótesis formuladas en esta investigación en relación a las decisiones en las políticas sanitarias de los modelos del Servicio Nacional de Salud.

⁸³ En el caso de las políticas sanitarias de España e Italia están involucrados dos niveles de gobierno: el central y el regional o autonómico.

5.1 Políticas Públicas: elementos fundamentales.

Para poder analizar los elementos básicos que componen las políticas públicas es necesario intentar afrontar su conceptualización teniendo en cuenta que éstas pueden ser exploradas desde diferentes perspectivas o dimensiones. El término "política pública"⁸⁴ se incorporó al lenguaje de la ciencia política en los años 70 de siglo pasado y su utilización se refiere a la resolución de problemas colectivos, siendo éste su objetivo principal (Subirats, Knoepfel, Larrue y Varonne, 2008, p. 35). A continuación y de acuerdo a la percepción de varios académicos, se podrá comprobar cómo las definiciones propuestas por éstos reflejan diferentes aproximaciones al concepto.

Una de las definiciones más conocidas por su amplitud conceptual es la elaborada en 1975 por Thomas R. Dye, cuya visión lleva a concebir la política pública como "todo aquello que los actores gubernamentales deciden hacer o no hacer" (Dente y Subirats, 2014, p. 38; Mény y Thoenig, 1992, p. 92). Esta definición, además de ser amplia, es también polémica, dado que en ella está contemplada la no acción como respuesta ante una demanda por parte de la sociedad.

Por otro lado, Mény y Thoenig (1992, p. 89) definen la política pública como "el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental". Los autores, según esta concepción, consideran que se está ante una política pública cuando una autoridad pública, formada por uno o varios actores, interviene en un problema o en un sector relevante de su competencia, aplicando un conjunto de prácticas y normas (Mény y Thoenig, 1992, p. 89). Hay dos aspectos en esta acepción que destacan: primero, la condición de legitimidad de la política pública en cuanto a que es impulsada por una autoridad pública. Y segundo, no sólo es política pública la que responde a un problema social, sino que también puede ser una política pública cualquier acción realizada en un sector de competencia del gobierno.

⁸⁴ El término "política pública" es considerado como la traducción literal del término "*public policy*". En las lenguas de origen latino, el término "política" tiene varias acepciones dependiendo del contexto donde sea utilizado. Sin embargo, en lengua inglesa existe una clara diferenciación entre "*politics*", "*policy*" y "*polity*". "*Politics*" se utiliza para hacer referencia a las interacciones y conflictos entre los diferentes actores tradicionales que toman parte de la arena política; "*policy*" se refiere a los programas y acciones concretas realizadas en los diferentes sectores por las instituciones gubernamentales y "*polity*" hace referencia a la actividad llevada a cabo por otros sujetos que pretenden acceder al poder legislativo o gubernamental respetando las reglas institucionales (Subirats et al., 2008, p. 35)

Por lo que respecta a las políticas públicas concebidas como estrategias dirigidas a la consecución de un determinado objetivo, normalmente la solución de un problema, Aguilar Villanueva (1992, p. 32) menciona que:

"una política pública puede ser aquí una regulación, ahí una distribución de diversos tipos de recursos (incentivos o subsidios, en efectivo o en especie, presentes o futuros, libres o condicionados), allá una intervención redistributiva directa, más allá dejar de hacer a los ciudadanos". Posteriormente, en la misma obra afirma "una política pública no es más que cualquier política gubernamental" (Villanueva, 1992, p. 33).

De la propuesta de definición de Aguilar Villanueva se desprende que las políticas públicas son el resultado de una acción llevada a cabo que puede tomar diferentes formas (regulación, distribución, etc...) después de que la autoridad pública haya decidido intervenir sobre un problema. Sin embargo, este mismo autor ha perfeccionado posteriormente su concepción de política pública acotando otra definición, que se expone a continuación:

"Una política pública es: a) un conjunto (secuencia, sistema, ciclo) de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, en tanto se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución es considerada de interés o beneficio público; b) acciones cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y sectores de la ciudadanía; c) acciones que han sido decididas por autoridades públicas legítimas; d) acciones que son ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y e) que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y de la sociedad" (Aguilar, 2007, p. 4).

Esta definición es considerada por el autor más descriptiva que teórica (Aguilar, 2007, p. 4). En ella refleja varios de los aspectos relacionados con las políticas públicas. Es decir, en comparación con las definiciones hasta ahora expuestas, no sólo evidencia una característica, sino que intenta con esta nueva definición englobar muchas de las particularidades que presentan las políticas públicas. Entre ellas destaca la racionalidad

de las políticas públicas en cuanto a decisiones tomadas (o estructuradas) en modo intencional y causal y la interlocución entre gobierno y sociedad para su formulación.

Otra definición articulada sería la elaborada por Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone (Subirats et al., 2008, p. 36). Para estos autores las políticas públicas se definirían como:

"Una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos -cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales)".

En esta definición se acentúa el papel de los actores que pueden participar en el proceso de las decisiones o acciones llevadas a cabo. Para los autores, los actores que deciden las políticas públicas no tienen por qué ser siempre públicos, sino que la condición para ser considerados parte fundamental del proceso se desplaza hacia la capacidad de poder cumplir con la finalidad de la política pública, es decir, poder resolver un problema definido políticamente como público (Dente y Subirats, 2014, p. 39).

No es conveniente detenerse en detallar todas las definiciones que la literatura ha generado y que intentan delimitar el concepto de políticas públicas, pero sí se puede afirmar que aunque éstas sean diferentes entre sí, como se acaba de exponer, normalmente resaltan algún aspecto en particular. Así, para Dye, Mény y Thoenig y otros autores no citados como Hecló el aspecto más importante recogido en sus definiciones son los actores investidos de poderes públicos (Subirats et al., 2008, p. 36). Sin embargo, para otros autores como Anderson o Pal, que tampoco se han citado explícitamente, el rasgo evidenciado son los problemas públicos a resolver (Subirats et al., 2008, p. 36). En cambio, para autores como Lasswell son las soluciones adoptadas por el Estado (Subirats et al., 2008, p. 36).

En conclusión, todas definiciones que se han expuesto ponen de manifiesto que las políticas públicas están dirigidas a la solución de un problema público, pero también es palpable que éstas normalmente se encuentren inmersas en un proceso amplio, donde

conviven una multitud de intereses defendidos por una gran variedad de actores que pueden ser públicos o no y que, a la vez, estos actores no públicos pueden estar implicados en las estrategias de acción impulsadas por el actor principal y, por tanto, de igual manera, en los procesos decisorios.

Sin embargo, los analistas de las políticas públicas coinciden en que se requiere una definición operacional que ayude a analizar el objeto de estudio que se haya propuesto el investigador. Dente y Subirats (2014, p. 39) proponen una definición más amplia, o como ellos mismos enuncian más "abstracta", con el objetivo de poder observar todos aquellos actores que deciden. Para estos autores las políticas públicas podrían ser definidas como "un conjunto de decisiones y actividades que están ligadas a la solución de un problema colectivo..." y a continuación para completar esta definición añaden una cita de Dunn "... esto es, cualquier insatisfacción relativa a una necesidad, una demanda o una oportunidad de intervención pública".

Siguiendo la reflexión de estos autores, la definición no plantea limitaciones en relación a la coherencia de las acciones, permitiendo además observar a todos los actores que forman parte del proceso, incluidos los que se oponen a la solución del problema⁸⁵ (Dente y Subirats, 2014, p. 39). De esta manera, al investigador le sería más fácil verificar qué actores presionan y hasta qué punto pueden alterar de modo significativo el contenido de una política pública (Dente y Subirats, 2014, p. 39) y el éxito de su implementación.

En la misma línea de Dente y Subirats, Josep M. Vallés (2010, p. 395) denomina política pública "al conjunto de decisiones y no decisiones que tienen como foco una área determinada de conflicto o tensión social". Para el autor, las políticas públicas son sinónimo de decisiones que, antes de ser adoptadas formalmente por el marco institucional público, han sido precedidas de un proceso de elaboración donde han participado una pluralidad de actores públicos y privados (Vallés, 2010, p. 395). Tanto en la definición de Dente y Subirats como en la de Vallés predomina la noción de la política pública como decisión o toma de decisiones, objeto teórico de esta investigación.

Antes de pasar a analizar el tipo de actores y sus redes es necesario conocer la naturaleza y límites de las políticas públicas. De las diferentes definiciones expuestas se puede concluir que cualquiera que sea la intervención pública, ésta tiene como objetivo alterar

⁸⁵ Según los autores tampoco presentaría límites relativos a la naturaleza de los problemas.

una determinada situación, generando unos determinados impactos o efectos en un contexto determinado. Pero, ¿cuáles son sus características? ¿De qué instrumentos se avale la política pública para realizar estos impactos?

Mény y Thoenig (1992, pp. 90-91) partiendo del consenso existente por parte de politólogos y sociólogos atribuyen a las políticas públicas los siguientes rasgos:

- Un contenido: una política pública requiere un contenido, justificándose en éste, la autoridad pública moviliza recursos para poder en marcha el proceso de acción y generar resultados (*outcomes*).
- Un programa: la política pública no se reduce a un acto concreto, sino que detrás de éste existe un marco general constituido por otros actos que han dado lugar a un plan de acción. Normalmente estos actos que componen la política pública giran en torno a un eje específico que modula el programa en relación a otros aspectos, como son: el sector de intervención, el problema, las opciones del decisor, etc.
- Una orientación normativa: la política pública es el resultado de una expresión de finalidades y preferencias que el decisor asume y por tanto sus actos se traducen en orientaciones de las que es responsable en sentido de "*accountable*", pues el actor gubernamental detenta la legitimidad y la responsabilidad.
- Un factor de coerción: la política pública emana del actor gubernamental al que democráticamente se le ha dotado de legitimidad. Éste erigiéndose como autoridad impone a la colectividad las medidas establecidas en ésta.
- Una competencia social: una política pública se define por los actos que afectan la situación, los intereses y comportamientos de los afectados. La acción gubernamental afecta a un determinado grupo de individuos, instituciones, etc.

Las características enunciadas por Mény y Thoenig son los rasgos constitutivos más comunes que se pueden distinguir al estudiar las políticas públicas. En cuanto a su clasificación en tipologías, la literatura propone una gran variedad de clasificaciones en función de múltiples criterios. Mény y Thoenig (1992, pp. 98-99) coinciden en que las tipologías comúnmente utilizadas son aquellas que catalogan la acción pública en base a la teoría del cambio social que las estructura.

Mény y Thoenig (1992, pp. 99-100) analizan en su estudio la tipología elaborada por Theodore Lowi, que será brevemente expuesta a continuación ya que las observaciones del autor en torno a su análisis ayudan a entender la hipótesis del presente estudio. Lowi, a través del estudio de clasificación de las diferentes políticas, observó que los resultados de la decisión dependían del contenido mismo de la decisión (Dente y Subirats, 2014, p. 141). Dicho de otro modo, un mismo actor con la misma cantidad de recursos logra alcanzar los objetivos de su decisión dependiendo del contenido de ésta. Es inevitable preguntarse lo que Dente y Subirats afirman (2014, p. 141), "¿sería el contenido de la decisión el factor capaz de predecir cuáles serán los actores más influyentes en la adopción de la decisión final?".

Theodore Lowi ha elaborado una tipología basándose en la naturaleza de coerción que puede establecerse entre el Estado y el ciudadano. Desde esta perspectiva una política pública puede clasificarse de dos formas: por un lado directa o coactiva y, por otro, indirecta o suave. La progresión de ambos parámetros daría lugar a cuatro tipos de políticas públicas (Mény y Thoenig, 1992, p. 99).

Cuadro 10. Tipología de las políticas públicas basada en la coerción según Lowi.

		La coerción pública se ejerce...	
		... directamente sobre el comportamiento de los afectados	... sobre el entorno del comportamiento de los afectados
La coerción pública es...	... Indirecta/ Lejana	POLÍTICAS DISTRIBUTIVAS	POLÍTICAS CONSTITUTIVAS
	... Directa/ Inmediata	POLÍTICAS REGLAMENTARIAS	POLÍTICAS REDISTRIBUTIVAS

Fuente: Mény y Thoenig (1992, p.99)

La combinación de la probabilidad y la aplicabilidad de la coerción lleva a distinguir 4 tipos de políticas públicas (Mény y Thoenig, 1992, p. 99-100):

- Políticas distributivas: son aquellas donde el poder público concede diferentes beneficios o servicios públicos, ya sea a núcleos familiares, a empresas o a asociaciones. Por ejemplo, cierto tipo de subvenciones teniendo que cumplir los criterios de elegibilidad.

- Políticas reglamentarias: son aquellas dirigidas a alterar los comportamientos individuales a través de prohibiciones, obligaciones o sanciones. Se podría decir que en este tipo de políticas la coerción es máxima pues obliga a adoptar ciertos comportamientos.
- Políticas constitutivas: son aquellas que modifican o definen las reglas sobre las normas de la esfera pública. Aquí la coerción afecta de forma indirecta y débil al sujeto, ya que su objetivo es introducir reformas institucionales o administrativas.
- Políticas redistributivas: son aquellas donde el Estado, manipulando los criterios generales, designa beneficios y bienestar desde un grupo social a otro. Dentro de estas políticas se pueden encontrar la política de pensiones, la seguridad social o el impuesto sobre los ingresos (Dente y Subirats, 2014, p. 143).

Basándose en este esquema conceptual, Lowi observó que el lugar de decisión, el peso de los actores en la toma de decisiones y las modalidades de interacción variaban dependiendo de si se trataban de políticas públicas distributivas, reglamentarias o redistributivas (Dente y Subirats, 2014, p. 143). Por tanto, según su análisis, el ámbito donde se deciden las políticas públicas es múltiple y sus protagonistas y las modalidades de funcionamiento también (Dente y Subirats, 2014, p. 144).

Para poder considerar de modo adecuado la variable de Lowi, es decir, que el contenido de la decisión y la puesta en práctica de la misma influyen sobre el resultado final y el proceso de toma de decisiones, es necesario, antes de continuar con el análisis, conocer el ciclo en el que se desarrolla una política pública. Entre los autores que han intentado sintetizar el desarrollo de los procesos de decisión, la propuesta de Jones se ha presentado en la literatura como una referencia, puesto que ha facilitado la tarea de descomponer en elementos más empíricos el recorrido por el que puede transcurrir una política pública.

Para este autor, en el ciclo⁸⁶ de una política pública pueden reconocerse cinco fases principales o secuencias (Mény y Thoenig, 1992, pp. 104-105; Subirats et al., 2008, p. 43):

⁸⁶ Esta clasificación no postula que todas las públicas estén presentes todas las fases, ni que tengan lugar en el mismo orden

- La identificación y definición del problema: en esta primera fase se advierte la existencia de un problema, pero no se limita a la mera percepción sino que la autoridad pública intenta definirlo, examinando las causas posibles que lo han creado y valorando si demanda o exige la atención por parte del poder público. Para el investigador es esencial identificar cómo se ha tenido conocimiento del problema (Subirats et al., 2008, p. 43).
- Inclusión en la agenda: los gobiernos se encuentran con una gran cantidad de demandas procedentes de la sociedad que reclaman ser atendidas. El poder público selecciona estos problemas emergentes y reconoce aquellos que deben ser objeto de una acción o política incluyéndolos en la agenda. En esta fase el investigador ha de indagar sobre aquellos factores que han llevado al Gobierno a actuar ante ese problema.
- Formulación de soluciones y toma de la decisión: una vez que la autoridad pública es consciente de la existencia de un problema y decide actuar sobre él, comienza la fase de formulación de soluciones. En esta fase se suceden varias acciones que concluyen en la toma de la decisión. En primer lugar la autoridad pública se fija un objetivo o meta a alcanzar. Una vez establecido el objeto, detecta las soluciones ideales y los medios disponibles. A continuación considera las alternativas existentes y valora entre ellas cuáles son más adecuadas para responder al problema y decide cual llevar a cabo. En esta fase es importante observar cuáles han sido las soluciones propuestas y finalmente aceptadas por los poderes públicos y los procesos que se han seguido para formular dichas soluciones.
- La implementación: esta es la fase ejecutiva y se produce una vez que la decisión ha sido adoptada. En ella tienen lugar la movilización de recursos y la aplicación de las soluciones seleccionadas por parte de los diferentes niveles administrativos, a los que se les ha confiado la puesta en marcha de la acción. El proceso de implementación puede darse de arriba abajo - *top-down* - o, por el contrario, puede ser de abajo arriba - *bottom-up* -, es decir, desde la base hacia el vértice (Vallés, 2010, p. 406). El volumen de acciones programadas hace que esta fase sea compleja, ya que en éstas intervienen una multitud de actores, cada uno con sus intereses, compromisos y responsabilidades, que pueden ser diferentes respecto a los objetivos establecidos. Es inevitable que en esta fase se verifiquen múltiples puntos de decisión. Para el investigador es primordial, además de cotejar si se han

aplicado las decisiones tomadas por la autoridad pública, identificar qué actores toman parte en esta fase y su responsabilidad en la ejecución del programa. Se podría decir que ésta es una de las fases más delicada del ciclo, pues supone el cumplimiento de los objetivos que justifican la existencia de la política pública.

- La evaluación: esta fase cierra el ciclo de las políticas públicas, aunque dependiendo de sus resultados puede volver a reiniciar o retomar el proceso en cualquiera de las fases anteriores, allí donde se haya verificado un obstáculo hacia la consecución del objetivo. En definitiva, en esta fase se comprueba el nivel de eficacia y eficiencia que se ha alcanzado con respecto a los objetivos fijados al inicio del ciclo. Esta fase es esencial para el análisis ya que evidencia los efectos directos e indirectos de la política pública.

Cada fase se caracteriza por una serie de actividades específicas, como puede ser el trabajo legislativo, la preparación de la decisión, la decisión en sí o la gestión burocrática (Mény y Thoenig, 1992, p. 105), pero en torno al sistema de acción de cada una de ellas también pueden emerger otros actores no propiamente gubernamentales. Su aparición puede darse en distintas fases, por ejemplo en la toma de la decisión, condicionando la naturaleza de los programas, o en la implementación de ésta, tomando parte de la ejecución del objetivo establecido en la política pública. Debido al impacto e influencia que los actores pueden tener en cada una de las fases de las políticas públicas, contribuyendo a su éxito o fracaso, en el próximo epígrafe se profundizará en los actores y sus redes.

5.2 Actores: objetivos, recursos y tipologías.

Para analizar las decisiones en las políticas públicas de cualquier sector, ya sea el sanitario, como es el caso de esta investigación, o de otros sectores diferentes, es necesario identificar qué actores forman parte del proceso de la decisión, cómo contribuyen en la toma de la decisión y cómo interaccionan con los demás actores para conseguir su objetivo. Por consiguiente, la cuestión esencial que se plantea es identificar quiénes son los actores.

Según Dente y Subirats (2014, p. 73-74), "los actores son aquellos que llevan a cabo acciones relevantes⁸⁷". Por tanto, según estos autores, no lo son quienes están simplemente interesados en actuar, como podrían ser los *stakeholders*⁸⁸, ni tampoco aquellos que deben actuar, porque legalmente están reconocidos en el proceso de toma de decisiones⁸⁹; sino que son actores los que actúan con la intención de realizar una acción que apunta hacia la consecución de un objetivo considerado relevante. Por el contrario y siguiendo este axioma, para los autores sí son actores aquellos que sin realizar una acción concreta consiguen lograr un objetivo, ya que "la decisión de no intervenir en un proceso de toma de decisiones representa muchas veces una acción relevante para explicar los resultados y, por tanto, quien la adopta reviste a todos los efectos el título de actor" (Dente y Subirats, 2014, p. 75).

Los actores en relación a la acción pueden actuar individualmente o en interdependencia a un grupo, aunque como se verá más adelante la acción se matiza normalmente en base a los objetivos del decisor y a los recursos disponibles para realizar la acción. En relación a las acciones individuales, éstas normalmente se explican en un contexto más amplio, ya que así como apuntan Dente y Subirats (2014, p. 75) "...buena parte de las acciones individuales en los procesos decisionales de política pública tienen lugar en nombre y por cuenta de otros sujetos". Por tanto, para el análisis es necesario identificar cuándo las acciones del individuo son realmente atribuibles a un sujeto subyacente y que efectivamente puede ser reconocido como un actor colectivo.

Para Dente y Subirats (2014, p. 76) se puede considerar un actor colectivo a un determinado conjunto de sujetos siempre que la interacción entre éstos asegure la representación efectiva de los intereses y los objetivos del conjunto como unidad superior. Por tanto, el actor colectivo para considerarlo como tal debe poder expresar sus propias preferencias y cumplir otra serie de condiciones como (Dente y Subirats, 2014, p. 77):

⁸⁷ Los autores enuncian esta definición apoyándose en la idea de que sólo pueden ser actores aquellos individuos que actúan tratando de alcanzar un resultado o una meta en una lógica racional (Dente y Subirats, 2014, p. 75).

⁸⁸ Persona o grupos de personas que tienen un interés o cometido en algo especialmente relacionado con asuntos que satisfacen o aportan beneficios privados.

⁸⁹ Los autores apuntan que en ocasiones el responsable de la decisión en realidad no desempeña ningún rol relevante, sino que se limita a cumplir un proceso administrativo rutinario (Dente y Subirats, 2014, p. 74).

- La presencia de un interés propio y específico de la unidad colectiva cuyas condiciones para su propia supervivencia, autonomía y desarrollo sean incuestionables.
- La existencia de reglas a respetar por quien a nivel individual actúe en nombre del actor colectivo.
- La existencia de un grado de identidad colectiva mínimamente suficiente que sea compartida internamente por los sujetos que conforman el actor colectivo, pero que a la vez sea reconocible externamente, facilitando la identificación de las preferencias del actor colectivo en los procesos de toma de decisiones.

Sin embargo, a pesar de estas condiciones no se puede excluir que los individuos que conforman el actor colectivo dejen de tener sus propios intereses y objetivos, llegando incluso a contraponerse respecto a los intereses del ente colectivo. De hecho, es bastante común que los individuos que forman parte de un actor colectivo se distancien de los roles que les han sido asignados en cuanto a componentes del grupo y actúen con motivaciones bien distintas a las del actor colectivo al que formalmente representan (Dente y Subirats, 2014, p. 78). Para Dente y Subirats (2014, p. 78), identificar quiénes son los "verdaderos actores" está profundamente ligado a la identificación de los "verdaderos objetivos perseguidos". Por este motivo, antes de pasar a catalogar los actores según sus roles es necesario profundizar qué tipos de objetivos siguen los actores que participan en un proceso de toma de decisiones.

Si se parte del supuesto de que las acciones de los actores están dirigidas a alcanzar un objetivo determinado, es sensato pensar que los actores se implican porque encuentran una razón que justifica su acción y que por tanto su comportamiento en relación a un interés o preferencia⁹⁰ es racional. Sin embargo, Dente y Subirats (2014, p. 81) señalan que los actores expresan sus preferencias y objetivos en los procesos de *policy making* no sólo en relación a su propio interés, sino en referencia a la cuestión a tratar, es decir, al

⁹⁰ Las preferencias de los sujetos dependen de la percepción de sus intereses. Por tanto, Dente y Subirats (2014, p. 79) apuntan que son las percepciones de los intereses y no los "verdaderos" intereses los que definen las preferencias. Esto significa que puede darse el caso de que un actor actúe en base a una percepción errónea, menoscabando así la consecución de su objetivo. Esto no quiere decir que el actor no haya elegido racionalmente entre las alternativas existentes, sino que ha elegido incorrectamente.

contenido; pero también en referencia a las relaciones con los otros actores, es decir, dentro de un proceso.

Para estos autores "la distinción entre los objetivos de contenido y los objetivos de proceso representan un aspecto esencial" que la literatura tiende a descuidar analizando las decisiones públicas desde otras perspectivas (Dente y Subirats, 2014, p. 81). De esta manera, por objetivos de contenido se entiende aquellos relativos al problema a tratar, mientras que por objetivos de proceso aquellos que se desarrollan en un proceso de *policy making*, donde la interacción entre actores está perfilada por el reparto de la autoridad y del poder político. En el caso de los objetivos de proceso Dente y Subirats (2014, p. 80) afirman:

"... los actores de los procesos de *policy* tienen objetivos que nada tienen que ver con el problema sino que atañen esencialmente a sus relaciones con los otros actores. La alternativa de solución que éstos suelen preferir no viene determinada sólo por su capacidad de satisfacer la necesidad, la demanda, o la oportunidad que ha generado el proceso de toma de decisiones, sino también a partir de las consecuencias que ésta tiene sobre los recursos y sobre las posiciones de los otros participantes".

Esta observación es crucial tenerla en cuenta a la hora de valorar la influencia que los objetivos de proceso pueden tener en la explicación de los resultados, ya sea de éxito o de fracaso, de los intentos de reforma llevados a cabo por una política pública (Dente y Subirats, 2014, p. 81).

Para cumplir con los objetivos propuestos, los actores se valen de determinados recursos que posibilitan su acción. Para que un actor pueda incidir sobre los resultados de una política pública es necesario que su acción sea efectiva en relación a sus objetivos y para ello necesita disponer de cuantos más recursos le sea posible. Porque la opción o propuesta de un actor puede ser la mejor, pero no será la más eficaz si no posee los recursos que le faciliten generar efectos relevantes en la decisión (Dente y Subirats, 2014, p. 85).

Una clasificación completa sobre los recursos de los que puede disponer un actor es una tarea extensa que no se puede afrontar en este estudio. Es por este motivo por el que esta investigación se apoyará en la sintética tipología presentada por Dente y Subirats, (2014,

pp. 86-106) donde se encuentran condensados 4 tipos fundamentales de recursos que debe poseer un actor: políticos, económicos, legales y cognitivos.

- Recursos políticos: se trata de uno de los recursos más esenciales que debe estar presente en los procesos decisionales de una política pública. Éstos consisten "en la cantidad de consenso que un actor es capaz de poner en movimiento" (Dente y Subirats, 2014, p. 86). Sin embargo, este recurso es dinámico, en términos positivos y negativos, ya que el determinado nivel de consenso que posee un actor o un planteamiento puede modificarse a través de campañas de información o de desprestigio. De igual manera, puede ser producto de la suma o la resta de otras características que añaden o restan valor, por ejemplo, el carisma o prestigio del actor de *policy*.
- Recursos económicos: consisten en "la capacidad de movilizar recursos económicos para modificar e influenciar los comportamientos de los otros actores" (Dente y Subirats, 2014, p. 90). La importancia de estos recursos radica en la influencia que pueden tener en el comportamiento de los sujetos afectados. La autoridad pública adopta medidas donde se transfieren recursos con el objetivo de estimular y modificar los comportamientos de los ciudadanos. Por ejemplo, a través de subvenciones y otros tipo de medidas que ayuden a la adopción y ejecución de las decisiones de *policy* (Dente y Subirats, 2014, pp. 91-92).
- Recursos legales: consisten en la capacidad de los actores a la hora de utilizar "las potestades o posiciones de ventaja que las normas jurídicas o los pronunciamientos legislativos y administrativos atribuyen a algunos sujetos en los Estados contemporáneos" (Dente y Subirats, 2014, p. 92). La ley se convierte en recurso cuando los actores consideran su utilización como instrumento de acción en un proceso de *policy*. La importancia del empleo de este recurso dependerá del uso que se haga de él, ya que los actores estimando la no conveniencia pueden sustituirlo por otros recursos como el consenso político (Dente y Subirats, 2014, p. 93).
- Recursos cognitivos: consisten "en la disponibilidad de informaciones o de modelos interpretativos relevantes en relación con la adopción de una decisión" (Dente y Subirats, 2014, p. 97). El conocimiento o la disponibilidad de ciertas informaciones o saberes pueden ser claves para que los actores ajusten su

comportamiento y redirijan sus acciones en un proceso de *policy*. De hecho, la influencia en los procesos de *policy* es mayor, cuanto mayor sea el grado de conocimiento o la recopilación de datos sobre el problema a resolver, pero para que ese conocimiento sea utilizado correctamente respecto al objetivo, los actores deben de dotarse de teorías y modelos de interpretación para tratar esos mismos datos e informaciones. Es tan importante poseer los datos como la capacidad de saber conceptualizarlos correctamente (Dente y Subirats, 2014, pp. 105-106).

Una de las características más importantes de los procesos de *policy* de hoy día es la complejidad en la que éstos se encuentran inmersos. Esta complejidad es consecuencia de la amplia pluralidad de criterios a partir de los cuáles los actores deciden actuar. Las utilidades, valores y relaciones de cada actor pueden ser muy diferentes y esto se traduce en la existencia de un amplio abanico de alternativas de acción, haciendo ulteriormente más compleja una correcta identificación de los actores que participan en un determinado proceso de *policy* (Dente y Subirats, 2014, pp. 106-107). Es por esta razón que Dente y Subirats (2014, pp. 106-118) proponen una clasificación de actores que permita evaluar el nivel de complejidad de la "*network decisional*" basándose en la naturaleza del propósito que hace que un actor se implique en un proceso de *policy*.

Bajo esta propuesta, que vincula la acción de los actores a cierto tipo de comportamientos y a cierto uso de determinados recursos, los autores diferencian cinco categorías de actores: actores políticos, actores burocráticos, actores que representan intereses especiales, actores que defienden intereses generales y expertos (Dente y Subirats, 2014, p. 109).

- Actores políticos: su propósito de intervención se justifica en el hecho de que estos actores representan a los ciudadanos que les han elegido democráticamente. Al ser representantes electos tienen acceso a espacios de decisión cuya amplitud dependerá de la cuota de consenso atribuida por los ciudadanos y reconocida por los demás participantes. Su lógica de acción, por tanto, tiende a optar por la alternativa que optimice su capacidad de obtener o al menos de mantener el consenso⁹¹ logrado. Por esta razón, este tipo de actor otorga una gran importancia a la comunicación de su papel durante el proceso de decisión, pues es necesario

⁹¹ El consenso que logra un actor político está ligado a la capacidad que éste tiene de resolver los problemas por los que ha sido elegido.

que el entorno social sea consciente de sus logros (Dente y Subirats, 2014, pp. 109-110).

- Actores burocráticos: su propósito de intervención se basa en la atribución de determinadas responsabilidades por parte de las reglas legales en el proceso de adopción de la decisión (Dente y Subirats, 2014, p. 110). Por tanto, los actores burocráticos poseen de una competencia formal que les permite intervenir a partir de la observación de las normas. No se debe olvidar que la ley está muy presente en el proceso de decisiones y que se erige como elemento esencial en las modalidades en las que un gobierno actúa, ya que los mecanismos de solución de problemas están regulados por ley (Dente y Subirats, 2014, p. 112). Pero por otra parte, la importancia de la ley también explica el creciente rol de los tribunales en la definición de las políticas públicas, donde los ciudadanos u organizaciones acuden en la defensa de sus derechos e intereses.
- Actores que representan intereses especiales: su propósito de intervención está justificado porque la elección entre las alternativas existentes en el proceso de decisión incide directamente a sus intereses, en términos de costes o en términos de beneficios. Su lógica de intervención se basa en la consideración por parte del poder público de sus legítimos intereses que defenderán mediante el uso de todos aquellos recursos disponibles, así como aquellos medios lícitos a su alcance. Su lógica es clara: maximizar los beneficios y minimizar los costes, eligiendo la opción que les permita alcanzar su objetivo (Dente y Subirats, 2014, p. 113).
- Actores que representan intereses generales: son aquellos que, sin poseer legitimidad política o legal, fundamentan su propósito de intervención en la representación de sujetos que por sí mismos no pueden defenderse (ej. los derechos de las próximas generaciones o las iniciativas de ciertas organizaciones no gubernamentales en relación a la conservación del medioambiente). Su lógica de intervención radica en la asunción de la tutela de los intereses de este tipo de sujetos, de los que se autoproclaman representantes. Su *modus operandi* está dirigido a influir a la opinión pública a través de la publicitación de sus posturas, obligando de esta manera a las autoridades políticas a considerar sus demandas, impulsados por el temor de perder consenso entre los ciudadanos (Dente y Subirats, 2014, pp. 113-115).

- Expertos: su propósito de interacción responde a la posesión del conocimiento o saberes, que, además de centrar el problema colectivo de forma correcta, están dirigidos a generar opciones apropiadas con la finalidad de encontrar una solución. Su lógica de acción está basada al sometimiento del método científico. Por tanto, su actuación está expuesta al debate y a la valoración de otros profesionales que verifican la validez de los supuestos presentados. Su principal objetivo es hacerse escuchar por los decisores políticos y autoridades públicas que toman las decisiones, aunque es necesario subrayar que éstos últimos, en ocasiones, recurren a los expertos para justificar una acción y de esta manera aumentar los recursos políticos a la hora de proponer una cierta política pública (Dente y Subirats, 2014, pp. 115-118).

La clasificación expuesta ofrece una categoría de los actores basada en los propósitos de intervención a los que los sujetos se adhieren en un determinado proceso de *policy*. Sin embargo, la acción de un sujeto también puede ser definida por el tipo de rol que desempeña en el proceso (Dente y Subirats, 2014, p. 122). El rol no está sujeto a las categorías que se acaban de exponer, sino que está vinculado a la dinámica que pueden adoptar los diferentes sujetos en un proceso de *policy*. Entendiendo los roles como las funciones que los actores pueden desempeñar a partir de los comportamientos que tienen lugar en un proceso de *policy*, se pueden identificar las siguientes figuras: el promotor, el director, el opositor, el aliado, el mediador, el *gatekeeper* y el filtro.

- El promotor: se trata del sujeto que no es sólo capaz de identificar el problema, sino que lo trae a la luz, subrayando la necesidad de intervención que es requerida, proponiendo incluso una solución. Normalmente se trata de un innovador cuya función está centrada en dar un impulso ante la inoperatividad (Dente y Subirats, 2014, p. 122). Lo caracterizan dos rasgos: posee los objetivos de contenido, que le permiten justificar la solución, y la determinación con la que asume su tarea (Dente y Subirats, 2014, p. 122). Para interpretar las decisiones de esta figura es necesario tener en cuenta la lógica de acción del actor. Según Dente y Subirats (2014, p. 123) será más flexible si el promotor es un actor político, que si es un actor burocrático, experto o representante de intereses generales.
- El director: se trata del sujeto que dirige y está presente en todo el ciclo de *policy*. Su función es esencial porque normalmente durante el ciclo de la política pública

se presentan dificultades. Es especialmente importante su presencia en aquellas etapas de la política pública donde confluyen las acciones e intereses de varios actores. Su capacidad de readaptación desde la redefinición de problema hasta la solución es primordial para que la política pública se culmine con éxito. Al igual que el promotor también posee como característica de su acción, la determinación, aunque quizás sus objetivos sean más bien de proceso y no de contenido como lo son los del promotor (Dente y Subirats, 2014, pp. 123-126).

- El opositor: se trata de aquel sujeto que dificulta la introducción de innovaciones de *policy*. Puede ser un sujeto individual o colectivo que actúa y emplea sus recursos a imposibilitar las transformaciones propuestas por otros actores. La oposición puede estar motivada tanto por los objetivos de contenido como por los objetivos de proceso. En cualquiera de los dos casos, el éxito del opositor depende de la relevancia de los recursos que tiene a su disposición y de la eficacia con los que los emplea (Dente y Subirats, 2014, p. 126).
- El aliado: se trata del sujeto que, aportando sus propios recursos y compartiendo los mismos objetivos de la política pública propuesta, favorece el desarrollo de la acción de las otras figuras que toman parte en el proceso, como son el promotor y el director (Dente y Subirats, 2014, pp. 126-127).
- El mediador: se trata del sujeto que busca de modo imparcial la consecución de los objetivos de proceso. Se caracteriza por la ausencia radical de objetos de contenido. Su función se justifica en su eficacia; actúa dentro de un conflicto de intereses, donde debe encontrar el camino que dirima las diferencias entre los actores que participan en el proceso (Dente y Subirats, 2014, pp. 127-128).
- El *gatekeeper*: se trata del sujeto que, sin estar en posesión de los objetivos, es capaz de obstaculizar los objetivos de proceso imponiendo su veto y bloqueando el desarrollo del proceso de *policy*. Para ello usa los recursos legales con los que ha sido dotado e impide normalmente al promotor continuar con su iniciativa. Habitualmente la introducción de un *gatekeeper* se traduce en un retraso del proceso y es la técnica utilizada por los opositores contra las propuestas de nuevas políticas públicas. Entre las acciones que pueden llevar a cabo la más común es la interposición de recursos en los tribunales para la paralización de las decisiones de otros actores (Dente y Subirats, 2014, pp. 128-129).

- El filtro: se trata de aquel sujeto que participa en el proceso personificando objetivos e intereses ajenos, utilizando los recursos que le proporciona el sujeto representado. Dente y Subirats (2014, pp. 129-130) señalan que este sujeto podría no ser considerado actor pues no persigue un objetivo propio y en sus acciones emplea recursos que no son propios. Sin embargo, señalan que el papel irrelevante de este sujeto se puede volver relevante negativamente si se le atribuye una importancia que no le corresponde.

Analizando los actores desde la perspectiva de la dinámica del proceso se pueden comprender los comportamientos funcionales que cada uno de los actores pueden desarrollar en relación al proceso decisorio. Es vital poder entender las acciones de un determinado actor en un determinado proceso, dado que se convierte en el instrumento que ayuda a identificar cómo gestionar el proceso de innovación de políticas públicas que se quiere llevar a cabo. Esta es tarea imprescindible tanto del promotor como del director.

Hasta aquí se han expuesto quiénes pueden ser los actores, qué tipo de objetivos persiguen, qué recursos utilizan para alcanzar esos objetivos, bajo qué propósito realizan sus acciones y qué tipo de rol pueden desempeñar. Sin embargo, la interacción entre los actores es un factor elemental, ya que éstos actúan y deciden en una misma arena con la presencia de otros actores con los que se relacionan para alcanzar sus objetivos e intereses. Por tanto, los procesos decisionales de las políticas públicas están vinculados a una red de actores determinada. Vallés (2010, pp. 403-405) propone tres esquemas posibles que representan el tipo de relaciones y el proceso decisorio que pueden adoptar los actores.

El primer esquema responde a una visión simple y lineal del proceso. Los grupos de interés (*stakeholders*) junto a los partidos identifican las demandas y problemas, intentando trasladar a las instituciones públicas las posibles soluciones que pueden resolver esas cuestiones. Los gobiernos se responsabilizan de la implantación de esas soluciones ya convertidas en políticas públicas con la asistencia de la administración pública (Vallés, 2010, p. 403).

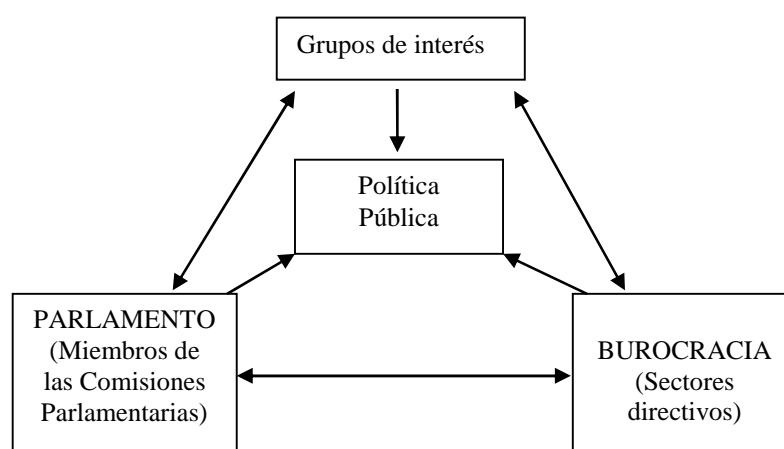
Figura 34. Modelo lineal del tipo de relaciones de los actores y el proceso decisorio.



Fuente: Vallés (2010, p. 404)

El segundo esquema se puede identificar con un "triángulo de hierro" (Vallés, 2010, p. 403), formado por los principales actores colectivos que controlan la producción y aplicación de las políticas públicas. Son tres los actores implicados en este modelo: el grupo o grupos de interés afectados por la problemática a regular, los representantes parlamentarios de las comisiones vinculadas al problema y los altos cargos del cuerpo funcional que siguen la problemática. Este esquema sigue un enfoque neocorporativista, donde algunos grupos de interés, parlamentarios y ejecutivos de la administración controlan los acuerdos políticos fundamentales.

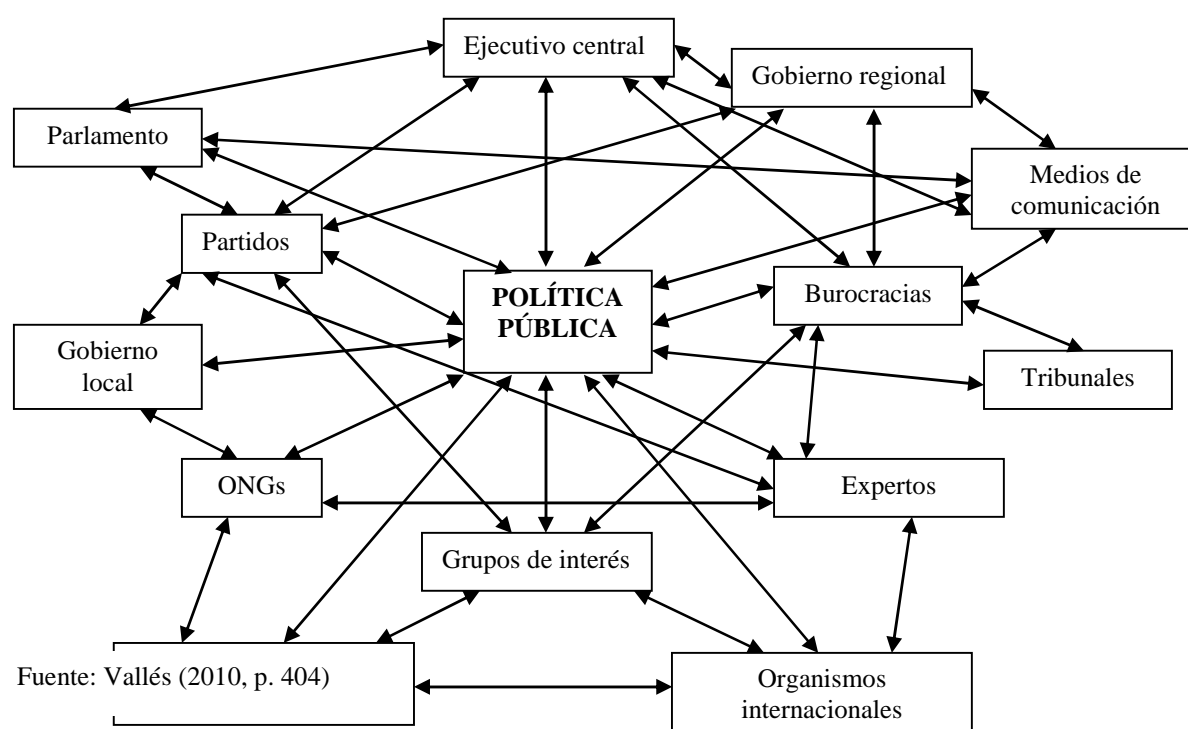
Figura 35. Modelo triangular del tipo de relaciones de los actores y proceso decisorio.



Fuente: Vallés (2010, p. 404)

En el tercer esquema se constituye una red o trama de actores (*policy network* o *policy community*). Se diferencia de los modelos anteriores por el mayor número de actores implicados en el proceso y por la existencia de relaciones multilaterales entre ellos (Vallés, 2010, p. 403). En esta *policy community* se intercambian informaciones, se confeccionan y debaten propuestas, se negocian las posiciones de los diferentes actores para posteriormente poder definir las políticas relacionadas con el sector de actividad implicado en la toma de decisiones

Figura 36. Modelo community policy del tipo de relaciones de los actores y proceso decisorio.



En realidad las redes de actores y sus procesos decisionales pueden tomar diferentes formas a las anteriormente representadas. Éstas dependen del número de actores implicados, pero también de otros factores que ponen de relieve otra dimensión que anteriormente se ha mencionado, la complejidad. Dente y Subirats (2014, p. 134) afirman que esa complejidad sólo puede ser medida si se analiza la red de los actores. Se ha visto cómo los actores se vinculan al problema dependiendo de la naturaleza de su propósito y la lógica de acción que éstos asumen a la hora de alcanzar sus objetivos, pero, por otra parte, se ha de considerar también el nivel (global-local o general-sectorial) del interés que representan (Dente y Subirats, 2014, p. 134).

Cuadro 11. La medida de la complejidad en las redes de actores.

DIMENSIÓN DEL INTERÉS	TIPOS DE ACTORES				
	Políticos	Burocráticos	Expertos	Intereses especiales	Intereses generales
Internacional					
Nacional					
Regional					
Local					

Fuente: Dente y Subirats (2014, p. 134)

Dente y Subirats para medir la complejidad han elaborado un esquema donde la dimensión del interés, que puede ser territorial (como en el cuadro) o general- sectorial (o incluso ambas a la vez), y los tipos de actores están representados. La identificación del nivel de la dimensión del interés con los tipos de actores proporciona no sólo información sobre el tipo de actores que están presentes y su interés, sino la complejidad en la que se desarrolla el proceso de *policy*.

Según Dente y Subirats, la utilización de este cuadro puede ser un instrumento valioso para el investigador a la hora de verificar su hipótesis, sobre todo si ésta se basa o está ligada al éxito decisional del proceso de *policy*. Los autores observan que en los procesos de políticas públicas innovadores, si las redes decisionales son demasiado simples (no incluyendo a todos los actores interesados) o demasiado complejas (incluyendo a sujetos no interesados en solucionar el problema) inciden directamente en el éxito o fracaso de la política pública impulsada (Dente y Subirats, 2014, p. 135).

5.3 Las Decisiones.

El tercer epígrafe de este capítulo se centrará en las decisiones, objeto central de este estudio. En la evolución histórica de los sistemas sanitarios de los capítulos 2 y 3 se ha reconstruido cronológicamente las diferentes reformas llevadas a cabo por las autoridades públicas en cada uno de los sistemas sanitarios. Implícita a esta descripción es posible identificar las decisiones que, en términos de políticas públicas, han adoptado en el tiempo los diferentes gobiernos en el poder.

Pero es inevitable preguntarse cuestiones como: ¿son éstas las únicas decisiones que han tenido lugar en el proceso de *policy*⁹² o ha habido otras? Y si es así, ¿cómo han interactuado? ¿Cómo se han influido entre sí? ¿La decisión inicial ha mutado durante el proceso? ¿Quiénes (actores) o qué otras decisiones han hecho que mutase? Estas y otras preguntas pueden surgir y el rigor científico de esta investigación intenta darles una respuesta. Para ello se ha de profundizar no sólo en la naturaleza y características de la decisión, sino también en las modalidades en las que se manifiesta. Sólo de esta manera se podrá analizar adecuada y empíricamente qué decisiones tienen lugar en el proceso de *policy* y su influencia y aportación al éxito o fracaso de una política pública.

Cuando una persona actúa, toma decisiones. Por consiguiente, es obvio pensar que cuando una persona decide, dicha persona va descartando opciones. Siguiendo esta lógica, se podría decir que decidir es sinónimo de elegir y que decisión es sinónimo de elección. Pero para poder considerar que se está ante una decisión es necesario que ésta contenga un acto de voluntad (querer actuar⁹³) y una existencia de alternativas (que realmente permitan elegir). Si no existe el acto en sí, ni existen las alternativas, no hay decisión. Pero cuando se estudian las decisiones de *policy* se ha de considerar un tercer elemento: el proceso, como secuencia de acciones y elecciones clave, a través de las cuáles, se llega a la decisión final. Esto es, los mecanismos claves con los que se "decide decidir" (Dente y Subirtas, 2014, p. 36). Este es el concepto de "decisión de *policy*" en el que Dente y Subirats basan su observación sobre las decisiones públicas.

El estudio de las decisiones adquirió un auge importante durante el periodo de las décadas de los años 60 y 80 del siglo pasado (Dente y Subirats, 2014, p. 26). Autores como Mény y Thoenig (1992, p. 129) han afirmado que "la decisión ocupa un lugar esencial en la jerarquía de los actos públicos", pero para los autores ésta también posee un valor privilegiado en el sistema político y en la estructura de la sociedad "porque quien tiene la decisión tiene el verdadero poder" (Mény y Thoenig, 1992, p. 129).

Robert Dahl es uno de los principales autores referentes que ha investigado basándose en esta perspectiva, y dedicó parte de su actividad a observar quién tenía realmente la capacidad efectiva de influir sobre las elecciones estimadas esenciales en las políticas

⁹² Entendida *policy* como sinónimo de política pública.

⁹³ En relación al acto de voluntad, se ha de tener presente lo mencionado en el epígrafe anterior sobre los actores. Serán actores aquellos que actúan con la intención de realizar una acción que apunta hacia la consecución de un objetivo considerado relevante, es decir, que modifica el curso de una política pública.

públicas (Dente y Subirats, 2014, pp. 26-27). Para este autor, el poder está repartido entre numerosos actores o jugadores cuyo peso en el proceso varía, dependiendo de los intereses comprometidos o las apuestas lanzadas (Mény y Thoenig, 1992, p. 130). Por lo tanto, para Dahl, la decisión pública es un "compromiso entre múltiples actores independientes" (Mény y Thoenig, 1992, p. 130) y "el poder político es esencialmente el poder de tomar decisiones" (Dente y Subirats, 2014, p. 27). Dente y Subirats (2014, p. 27) añaden "o, si se quiere, la capacidad de que las instituciones públicas asuman las opciones que uno desea".

Las conclusiones de Dahl pusieron en entredicho la teoría de las élites desde el punto de vista empírico y aunque su perspectiva fue criticada por no considerar factores que para otros autores⁹⁴ eran esenciales, no se puede negar la importancia y el éxito esencialmente por dos razones (Dente y Subirats, 2014, p. 28):

- La conceptualización de la noción de poder político como capacidad de influencia.
- El refuerzo de la visión pluralista de los sistemas políticos al considerar esencial el estudio de las decisiones dentro del propio análisis político.

Precisamente por la complejidad y por las diferentes nociones y perspectivas sobre el poder y la relación de éste con las decisiones, es necesario recurrir a modelos teóricos que ayudan a entender la realidad en la que se mueven las decisiones y sobre quiénes las toman. Para estudiar las decisiones es ineludible acudir a un esquema conceptual que permita identificar las variables que servirán de instrumento explicativo de las "decisiones de *policy*" o decisiones de políticas públicas (Dente y Subirats, 2014, p. 51). Como se acaba de observar, el analista (Dahl) normalmente parte de un modelo conceptual que ha concebido previamente y a partir de los supuestos y variables identificados ofrecerá una explicación.

⁹⁴ Bachrach (1963) y Baratz (1970) se opusieron a Dahl declarando que no es cierto que la única forma de ejercicio del poder político fuese la derivada de la capacidad de influir en las decisiones y ni si quiera la más importante (Dente y Subirats, 2014, p. 28). Lukes (1979), en cambio, se opuso afirmando que el mayor poder consiste en la capacidad de las élites dominantes de modificar las preferencias de los individuos de manera que fueran inducidos a respaldar decisiones que en realidad van en contra de sus intereses (Dente y Subirats, 2015, p. 29).

A continuación se presentan cuatro modelos decisionales distintos: el modelo racional, el modelo de racionalidad limitada, el modelo incremental y el modelo "*carbage can*" o cubo de basura (Dente y Subirats, 2014, pp. 53-67).

En el modelo racional, también conocido como modelo de racionalidad absoluta (Mény y Thoenig, 1992, pp. 139-140), el comportamiento del decisor se presupone racional. Esto es, se espera que las elecciones realizadas por los individuos estén motivadas por una serie de procedimientos racionalmente fundados y correctamente ejecutados (Dente y Subirats, 2014, p. 53). Por tanto, el actor enfrentado a un problema elige sus preferencias, propone sus objetivos, fija sus valores, busca alternativas disponibles y finalmente adopta un criterio lo más objetivo posible que le lleve a tomar la decisión que mejor maximice los beneficios y minimice los costes (Mény y Thoenig, 1992, p. 139).

En este modelo el comportamiento del sujeto o actor se presume positivo y la decisión es asumida como óptima desde el punto de vista de consideración del problema (Dente y Subirats, 2014, pp. 54 -55; Mény y Thoenig 1992, p. 140). Sin embargo, es bastante difícil que el actor que se enfrenta a un problema pueda llevar a cabo cada una de las acciones que se han descrito anteriormente de forma absolutamente perfecta y precisa. Por tanto, se hace evidente que en este modelo se parte del presupuesto de que el actor posee la toda la información sobre los objetivos, sobre todas las alternativas y sobre las consecuencias en términos de costes y beneficios que les reportarán esas alternativas, sin contar que se parte de la hipótesis de que el decisor es sólo uno (Dente y Subirats, 2014, p. 56).

En el modelo de racionalidad limitada, que fue principalmente argumentado por Herbert Simon (1947) en contraposición al modelo racional, la racionalidad del actor no se apoya en la capacidad que éste posea en relación al conocimiento de todos sus objetivos y alternativas, sino en que su comportamiento esté dirigido a alcanzar un objetivo, aunque no esté plenamente definido desde el principio del proceso (Dente y Subirats, 2014, p. 57). Aun así el actor en el modelo de racionalidad limitada tiende a comportarse coherentemente respecto a la información que posee, pero al mismo tiempo es consciente de que está limitado cognitivamente (Dente y Subirats, 2014, p. 57).

En definitiva, el modelo de racionalidad limitada consiste esencialmente en "la aceptación de los límites cognitivos y en la adopción explícita de un criterio decisorio mucho menos exigente que el implícito en el modelo racional" (Dente y Subirats, 2014, p. 57). Este

modelo, según Dente y Subirats (2014, p. 57) tiene, por un lado, un valor prescriptivo puesto que el proceso de búsqueda de alternativas se detiene cuando aparece una opción que responde satisfactoriamente al problema. Por otro, posee un valor descriptivo y explicativo, porque acepta que la elección no es la óptima en términos absolutos, sino que incluso puede estar basada en premisas incompletas y erróneas.

En el modelo incremental, surgido a partir de un artículo de Charles Lindblom publicado en 1959, se evidencia aún más que la búsqueda de la racionalidad absoluta es imposible. Pero Lindblom va más allá de Herbert, señalando que la elección resultante del proceso de toma de decisiones "no es casi nunca un acto de voluntad de un decisor aislado, sino el producto de una interacción social" (Dente y Subirats, 2014, p. 60). Por tanto, según este modelo, "las decisiones de política pública están coproducidas por una pluralidad de actores con valores, objetivos y lógicas de acción diferentes" (Dente y Subirats, 2014, pp. 60-61).

Es necesario precisar que para Lindblom los actores de los procesos de *policy* normalmente se encuentran en una situación de interdependencia parcial, donde los objetivos e intereses están contrapuestos, pero sin embargo necesitan formalizar un consenso para llegar a un acuerdo (Dente y Subirats, 2014, p. 61). Por tanto, los criterios de elección optan por la decisión que suma preferencias poniendo de acuerdo a los diferentes actores que forman parte del proceso de políticas públicas.

El modelo incremental también recibió críticas, en las que no es posible detenerse, pero a las que Lindblom respondió reivindicando la superioridad analítica de su modelo. Para este autor, el análisis incremental es superior al modelo racional por el simple hecho de que el modelo incremental sabe que es incompleto y el modelo racional no. En relación al modelo racional limitado, Lindblom también lo considera inferior al modelo incremental porque siendo igualmente incompleto el modelo racional limitado tiende a ocultarlo mientras que el modelo incremental no sólo lo reconoce, sino que parte del conocimiento de la existencia de una pluralidad de actores y de la interacción entre éstos (Dente y Subirats, 2014, p. 62).

En el modelo "cubo de basura", propuesto por James March y Johann Olsen en 1976, las decisiones y las situaciones decisionales son observadas de forma general en cualquier contexto organizativo (Dente y Subirats, 2014, p. 64). En este modelo, la decisión es fruto

del encuentro causal entre problemas, soluciones, participantes y oportunidades de elección (Dente y Subirats, 2014, p. 64). Es necesario mencionar que los autores se basaron en el esquema conceptual de John Kingdon donde coexisten tres tipos de flujos: el flujo de los problemas, el flujo de las políticas públicas y el flujo de la política. Los autores hacen confluir estos tres flujos en el proceso de decisiones, al que identifican como un cubo de basura donde van entrando y saliendo problemas y soluciones. Dente y Subirats (2014, p. 64) reproducen la idea de March y Olsen:

"Pongamos en consideración un proceso decisional en forma de cubo de basura, en el que los participantes van arrojando varios problemas y soluciones. La mezcla de basura depende del tipo de desechos que sean producidos en ese momento, del tipo de cubos disponibles y de la frecuencia con la que se recogen los desechos".

Según este modelo en el proceso de toma de decisiones coexisten grupos diferentes de participantes que intentan pactar para conseguir un compromiso aceptable en relación a la decisión. La diferencia radica en que esta pluralidad de fines posibles se traduce en un modelo de elección basado en la causalidad, ya que las preferencias de los actores se forman durante el proceso, que, extendiéndose en un periodo de tiempo considerable, hacen que se transformen, además de que se vayan modificando los comportamientos de los actores (Dente y Subirats, 2014, p. 65). El elemento clave es el contexto temporal, donde se espera que problema y solución coincidan en el mismo cubo.

Cuadro 12. Los modelos decisionales.

Modelo decisional	Decisor	Condiciones Cognitivas	Criterio decisional básico
Racional	Unitario	Certeza	Optimización
Racional limitado	Unitario/Coalición	Incertidumbre	Satisfacción
Incremental	Interdependencia parcial	Parcialidad	Mutuo acuerdo
Cubo de basura	Variable	Ambigüedad	Azar

El Fuente: Dente y Subirats (2014, p. 67) enciales de los modelos que se acaban de presentar, donde se pueden identificar el tipo de racionalidad que puede seguir el decisor, así como las condiciones cognitivas y criterios en los que basa su decisión. Superando las críticas

recibidas por cada uno de estos modelos, éstos poseen elementos de base que permiten comprender cómo se elaboran las decisiones.

El modelo defendido por Lindblom parece ser el modelo teórico más adecuado para el análisis de los actuales contextos políticos-administrativos, en los que los procesos decisionales se caracterizan por su complejidad, ya que la mayor parte de las decisiones de *policy* son tomadas por actores con diferentes intereses que entran en conflicto por intentar alcanzar su objetivo, pero que sin embargo intentan llegar a un acuerdo para al menos lograr parte de sus metas. Para Dente y Subirats (2014, p. 69-70) este modelo es de esencial importancia, ya que favorece un modelo de análisis de las decisiones tomadas en una red de interacciones donde uno de los sujetos quiere introducir "una transformación no incremental en el modo de tratar un problema colectivo".

En el presente caso de estudio se tendrá ocasión de verificar si éste es el modelo teórico que se ajusta al proceso de la política pública sanitaria de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía, aunque antes de continuar es necesario prestar atención a otro factor no menos importante que influye en la elaboración de las políticas públicas. Es decir, el estilo decisorio que adoptan los actores y que proporciona información sobre su orientación ideológica en el diseño de las políticas públicas, pero también la actitud que adoptan ante un escenario concreto.

No es posible profundizar detenidamente en todos los estudios que en términos de estilos decisorios han sido producidos por la literatura. Sintéticamente, es importante hacer referencia al análisis de Josep M. Vallés (2010, p. 409-410), que afirma que, a pesar de que algunas investigaciones de casos hayan relevado el peso que la orientación ideológica de un gobierno desempeña en el diseño de sus políticas públicas, los estilos decisorios no sólo dependen de la posición ideológica que puedan reflejar los programas de los partidos, refiriéndose a los actores políticos, sino a la capacidad de agregar preferencias aliándose con otros grupos en un determinado contexto.

Para Vallés (2010, p. 410) los estilos decisorios se definen en función de dos variables. La primera tiene que ver con el carácter reactivo o anticipativo de la política pública. Es decir, si la política pública responde a una situación de crisis o si se adelanta a la aparición del problema. Mientras que la segunda variable se refiere a la relación existente entre los principales actores, donde puede haber un actor dominante o, por el contrario, una

pluralidad de actores que intentan pactar un compromiso. De la combinación de estas variables surgen cuatro estilos decisorios: anticipativo- consensuado (políticas públicas llevadas a cabo en Suecia); reactivo-consensuado (representado por Gran Bretaña, donde para la elaboración de políticas públicas se produce previamente una amplia consulta); anticipativo-impositivo (con Francia como ejemplo) y reactivo- impositivo (estilo adoptado por aquellos países que afrontan una crisis inesperada).

No sólo en este último epígrafe, sino a lo largo de todo el capítulo se ha intentado exponer un marco teórico que ayude a comprender e identificar cuáles son los elementos esenciales y cuáles los actores que caracterizan los procesos de decisión, teniendo en cuenta que esta investigación se ocupa del estudio de las decisiones de *policy*. El caso de estudio que se va a abordar en los próximos capítulos es un estudio de caso decisional comparativo entre la decisiones de las políticas sanitarias de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía. Para ello, se expondrá en el siguiente capítulo la metodología que se ha seguido para la presente investigación.

III: LOS ACTORES DE LOS CAMBIOS EN LA POLÍTICA PÚBLICA SANITARIA DESCENTRALIZADA. LOS CASOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y LA REGIÓN DE LOMBARDÍA.

6. METODOLOGÍA.

En la introducción de esta investigación se ha realizado una exposición general resumida de la metodología que ha sido utilizada. En este breve capítulo se retoma lo ya expuesto anteriormente con el fin de justificar la elección del caso de estudio, como estrategia que permite investigar las decisiones en las políticas sanitarias llevadas a cabo en la Comunidad de Madrid y en la Región de Lombardía. Para ello, se complementa el resumen introductorio ampliando la especificidad del caso de estudio que se abordará en los siguientes capítulos.

Se señalaba en la introducción que la elección del *case study* como enfoque metodológico puede revelarse como una estrategia adecuada si lo que se pretende es analizar la decisiones en las políticas públicas. De hecho, Yin (1994, p. 3), que es considerado como una de las autoridades más relevantes en cuanto a *case study research* (Dente y Subirats 2014, p. 275), refuerza esta afirmación declarando que, en cualquiera de las materias en las que sea aplicado este enfoque, la necesidad distintiva para los estudios de caso surge del deseo de comprender fenómenos sociales complejos, y este es el caso.

Sin embargo, algunos investigadores rechazan el *case study* como método de investigación viable por la posible falta de rigor en la que se puede llegar a caer, cuando el investigador permite que posiciones sesgadas o evidencias equívocas influyan en los resultados y en las conclusiones (Yin, 1994, p. 9). Otra de las objeciones que comúnmente se plantea en la utilización de los *case study* es la escasa generalización científica⁹⁵ que este tipo de estudios proporcionan (Yin, 1994, p. 10).

En este sentido y ante tales afirmaciones, Flyvebjerg (2006, pp. 219-221) decidió averiguar y comprobar si las distintas objeciones lanzadas contra el uso del *case study* eran tan limitantes como el entorno científico proclamaba o si, por el contrario, podía ser

⁹⁵ Para contrarrestar esta objeción Yin (1994, p. 10) propone concebir el caso de estudio como un experimento. De esta manera, el objetivo del investigador en la utilización del caso de estudio se centra en realizar un análisis que amplíe y generalice teorías, y no en un análisis concreto.

considerado como un método de investigación realmente válido. Su trabajo le llevó a identificar cinco malentendidos en relación al uso del *case study* como metodología de investigación:

- Considerar el conocimiento general (independiente del contexto) más valioso que el conocimiento concreto y práctico (dependiente del contexto).
- La imposibilidad de generalizar sobre la base de un caso individual, de tal manera que un caso de estudio no pueda contribuir al desarrollo científico.
- Considerar que el estudio de caso es útil para generar una hipótesis, es decir, válido en la primera etapa del proceso de investigación, mientras que los demás métodos son más adecuados para comprobar hipótesis y construir teorías.
- Utilizar el caso de estudio de forma sesgada como un medio de comprobación y/o verificación de ciertas nociones preconcebidas del investigador.
- La dificultad de desarrollar proposiciones generales y teóricas a partir de estudios de caso específicos.

La explicación de Flyvebjerg en relación a estos malentendidos y la corrección de cada uno de ellos evidencia que el estudio de casos comenzó a ser visto como un método que no garantizaba la objetividad a la que toda ciencia apunta y esto, según Coller (2005, p. 27), es el resultado de la consolidación del paradigma metodológico utilizado por las ciencias naturales después de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, el objeto de estudio de la presente investigación parte de una complejidad de procesos y de interacciones entre actores que necesita una estrategia o modalidad de investigación, que, además de cumplir con las exigencias del modelo ideal prestado de las ciencias naturales, facilite la utilización de instrumentos y técnicas que permitan la verificación de la hipótesis.

Yin (1994, p. 13) afirma que "como estrategia de investigación las características distintivas del *case study* consisten en tratar de examinar un fenómeno contemporáneo en su contexto real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente diferenciables". Esta afirmación refuerza la justificación en la utilización del estudio de caso para esta tesis porque, como apuntan Dente y Subirats (2014, p. 275), "son precisamente de las relaciones entre fenómeno y entorno que nace el interés del análisis decisional" y más adelante asientan "no es posible comprender la decisión de las

políticas, y en especial la de carácter no incremental, fuera del contexto en el que fue posible tomarla".

Yin (1994, p. 6) identifica tres condiciones que distinguen las estrategias con las que poder acercarse a un problema. Éstas son: el tipo de pregunta de investigación planteada, el grado de control que un investigador tiene sobre los conocimientos reales de la conducta y el grado de enfoque del momento contemporáneo en relación a los acontecimientos históricos. En relación al estudio de casos como estrategia, el tipo de preguntas planteadas esencialmente se refieren al cómo y al porqué de un determinado fenómeno. Y éstas serían la clase de preguntas que son necesarias plantearse ante el análisis de las decisiones de *policy* (Dente y Subirats 2014, p. 275).

Cuadro 13. Situaciones relevantes para diferentes estrategias de investigación.

Estrategia/Dimensiones	Tipo de pregunta	Control sobre conocimientos de la conducta	Enfoque en eventos contemporáneos
Experimento	Cómo, Por qué	SI	SI
Investigación (<i>survey</i>)	Quién, Qué, Dónde, Cuánto y Cuántos	NO	SI
Análisis Archivístico	Quién, Qué, Dónde, Cuánto y Cuántos	NO	SI/NO
Histórica	Cómo, Por qué	NO	NO
Estudio de Caso	Cómo, Por qué	NO	SI

Fuente: Yin, (1994, p. 6).

Además, en relación al estudio de caso de decisiones de *policy*, según Dente y Subirats (2014, p. 275), es necesario que los objetivos planteados puedan explicar los mecanismos por los cuáles se han llegado a esos resultados (es decir, la decisión o la no decisión) y las características del proceso que los ha determinado. Esto según la reflexión de los autores significaría "que la existencia de teorías e hipótesis sobre las causas de los resultados decisionales (el porqué) o sobre los elementos que han influido (el cómo) deben preceder y no seguir al análisis empírico" (Dente y Subirats, 2014, p. 275).

Sin embargo, como se anticipaba en la introducción de este estudio, para poder verificar la hipótesis ha sido necesario realizar un primer análisis descriptivo de los principales sistemas sanitarios que representan los modelos sanitarios en Europa. Esto no significa que se haya abandonado el estudio de caso como estrategia, sino que ésta ha sido

complementada por la segunda estrategia que se ve representada en el cuadro anterior, es decir, la investigación (*survey*).

En este sentido, se ha elaborado un informe descriptivo en el que se ha intentado, con los medios disponibles, responder el quién, el qué, el dónde y el cuánto. Las respuestas a estas preguntas ha dado como resultado una investigación sobre la definición y distinción entre salud y asistencia sanitaria, la definición de sistemas sanitarios y su clasificación en modelos, la evolución de los modelos según cada uno de los países, según los diferentes eventos históricos acontecidos, según sus estructuras y, finalmente, según los actores que participan en cada uno de los sistemas.

Esta primera parte de la investigación se ha apoyado en informes, fuentes indirectas y estadísticas que han permitido reconstruir los procesos de surgimiento, evolución y estado actual de cada uno de los sistemas sanitarios. A este respecto, ha sido imprescindible la recopilación de información de los diferentes documentos elaborados por el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios y por la Organización Mundial de la Salud dedicados a cada uno de los países del estudio. De igual importancia han sido todos aquellos documentos oficiales, generados por instituciones públicas, que han podido ser consultados en lengua original sobre la evolución y la organización de los sistemas sanitarios. En el caso de España e Italia ha sido muy valioso poder obtener datos de ambos institutos públicos de estadística (INE e ISTAT), en relación a las características de la población y a la evolución de la demanda de salud de los ciudadanos hasta momento presente.

Como resultado y atendiendo a la clasificación de los tipos de *case study* de Collier (2005, p. 32), se podría afirmar que en la primera parte de la investigación se está ante un estudio de casos exploratorio-descriptivo, donde se han descrito cada uno de los sistemas sanitarios como tales (objeto) y en su proceso de cambio y evolución, y de forma genérico-ejemplar, puesto que cada uno de los sistemas sanitarios estudiados corresponde a uno de los modelos de sistema sanitario expuestos en el primer capítulo (Sistema de Seguro Social, Sistema Nacional de Salud y Sistema Liberal). Además, según el tipo de acontecimiento, el caso de estudio sería híbrido (histórico-contemporáneo), pues se ha presentado la evolución de cada uno de los sistemas sanitarios desde su nacimiento hasta la actualidad. Y finalmente, ante un estudio de casos múltiple, ya que se analizan y estudian varios casos.

Sin embargo, en relación a la segunda parte de la investigación, el estudio de casos dejaría de ser exploratorio-descriptivo para convertirse en un estudio de casos analítico con una hipótesis contrastable. En los próximos capítulos serán presentados los sistemas sanitarios de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía, cuya diferencia respecto a la descripción de los sistemas sanitarios presentados en la primera parte es que este estudio de casos no es genérico, sino específico, puesto que los sistemas sanitarios de ambas regiones no son generalizables a otras regiones, sino que son específicos y únicos en su propio contexto.

Aunque, como resultado, la comprobación de la hipótesis, en el contexto de los sistemas sanitarios europeos, podría permitir plantear si hay posibilidades de que ésta pueda ser generalizable a las políticas sanitarias de otros sistemas regionales o por el contrario no. En esta parte de la investigación y siguiendo la propuesta de Yin (1994, p. 6) la pregunta de "el cómo" y "el por qué" se responden de distinta manera. Los dos sistemas sanitarios del estudio, aún compartiendo procesos similares, presentan resultados diferentes a los que se necesita buscar una respuesta.

Por tanto, se está ante un estudio de caso analítico de organización y política sanitaria regional, donde ha sido necesario recurrir a informes, fuentes indirectas y estadísticas que proporcionaran información para poder responder al "cómo" se han desarrollado las reformas, que posteriormente han sido codificadas en las diferentes normativas. Información sobre "cómo" las mencionadas reformas han perfilado las estructuras organizativas y los modelos de gestión en los diferentes ciclos políticos, donde han estado presentes determinados liderazgos, aspecto que lleva a preguntarse el "por qué".

Para responder a esta última pregunta ha sido necesario realizar entrevistas que permitieran comprobar o refutar la hipótesis. Las entrevistas, entendidas como herramienta utilizada en la investigación cualitativa para obtener información a través de una persona concreta, han sido un instrumento básico en la constatación de la hipótesis planteada en el estudio. Para alcanzar el objetivo se seleccionaron previamente a cuatro personas, dos de la Comunidad de Madrid y dos de la Región de Lombardía, que a través de sus respuestas y reacciones hicieran posible conocer e, incluso, introducirse en la propia visión del sujeto entrevistado.

Todas las personas han sido entrevistadas individualmente (ver apéndices) y pertenecen al ámbito gubernamental donde se han llevado a cabo las reformas sanitarias. Las dos primeras entrevistas realizadas tuvieron lugar entre finales de 2012 y principios de 2013. Concretamente, la primera fue en noviembre de 2012, dirigida a Doña Jessica Zorogausta, Jefa de Gabinete del Consejero de Sanidad de la Comunidad Madrid, y la segunda en enero de 2013, dirigida al Dr. Filippo Cristoferi, responsable de investigación en el área sanitaria del Instituto de Investigación de la Región de Lombardía.

La elección del perfil de los dos entrevistados se justifica en el tipo de información que se necesitaba para comprobar si realmente, como se intuía, podían existir diferencias en los resultados. Inicialmente se propuso un encuentro directo, pero al final, ambos, respondieron a un cuestionario enviado por correo electrónico. Por tanto, una vez recibidos estos cuestionarios, se centró el problema de estudio y se esbozó la hipótesis, que comenzaba a entreverse después del análisis de datos y documentos de los sistemas sanitarios regionales. Para ello, se utilizaron dos cuestionarios basados en un modelo de entrevista semiestructurada (Zapata-Barrero, Sánchez-Montijano, 2011, p.122), donde se elaboró un guion con los temas. Los dos cuestionarios poseían el mismo contenido de base pero las formas y el orden no era el mismo, sino que se adaptó a la especificidad de cada región.

El resultado de estas entrevistas y un correcto estudio de los sistemas sanitarios durante el siguiente año permitieron encauzar la investigación. Durante 2014, con el objetivo de contrastar la hipótesis, se consideró necesario realizar otras dos entrevistas. El perfil de las personas que se logró entrevistar está relacionado con la toma de decisión en sí y la puesta en marcha de las reformas. En el caso de la Comunidad de Madrid la entrevista se realizó personalmente en diciembre de 2014 al Ex-Consejero de la Comunidad de Madrid, Don Javier Fernández-Lasquetty, actor relevante en la aplicación de las reformas sanitarias. La versión final de la entrevista (ver apéndice), fue revisada por él mismo en abril de 2015, respetando íntegramente la conversación mantenida. En el caso de la Región de Lombardía la entrevista se realizó al ex-director general de la Dirección General de Sanidad de la Región Lombardía, Dr. Lucchina, testigo directo y actor relevante de la evolución y transformación del sistema sanitario de la Región de Lombardía.

Las características de sendas entrevistas lleva a definir las como estructuradas con puntos de apertura. Las preguntas formuladas siguen un orden cronológico de los sucesos, interpelando al entrevistado sobre un mismo contenido, esto es, las políticas sanitarias regionales y la evolución de los sistemas sanitarios. Sin embargo, aunque las entrevistas persiguen el mismo objetivo son distintas y las respuestas, como se puede comprobar en los apéndices, tampoco están preestablecidas. Debido al perfil de los entrevistados el análisis se ha concentrado en la respuesta recibida.

Este ha sido el trabajo de campo realizado para la investigación, que si bien ha ayudado a centrar el problema a investigar y conocer los conflictos generados en el entramado de actores y *stakeholders*⁹⁶, no ha podido ser completado con otro tipo de entrevistas que, por ejemplo, podrían haber sido dirigidas a médicos/as u otras profesiones sanitarias. De algunas conversaciones informales con profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid se ha podido percibir el rechazo hacia las reformas emprendidas, pero no ha sido posible documentarlo, puesto que estos mismos sujetos han rechazado dejar constancia de sus posiciones.

En conclusión, teniendo en cuenta el marco teórico expuesto en los capítulos 4 y 5 y habiendo generado, utilizando tanto técnicas cualitativas como cuantitativas, el suficiente material empírico, se expone en los siguientes capítulos el estudio de casos, centrado en los sistemas sanitarios regionales de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía.

⁹⁶ Grupos de interés.

7. EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA.

Para poder entender los distintos elementos que componen un sistema sanitario y las respuestas que se ofrecen, así como el modo y quiénes las ofrecen, es necesario analizar la evolución demográfica y epidemiológica de la población a la que ese sistema pretende atender. Este análisis se traduce en un conocimiento del estado de salud de la población y su respectiva demanda.

De esta manera es posible, por un lado, identificar cuáles son los principales factores que impactan directamente en la demanda de la salud de los ciudadanos y, por otro, adaptar la organización de los servicios sanitarios por parte de las autoridades públicas para afrontar eficazmente dichas necesidades. Esta adaptación provoca una transformación en el rol de los sujetos que gestionan las funciones del sistema sanitario (gestión de la provisión, financiación y regulación de los servicios) y modifica también los roles entre los diversos actores que intervienen en el proceso.

Al mismo tiempo, uno de los factores más importantes que inciden en el tipo demanda de salud es la evolución demográfica y las características epidemiológicas de la población. El progreso de la medicina, tanto en la diagnosis como en las terapias utilizadas, junto al avance de las nuevas tecnologías ha permitido alargar sensiblemente la vida media de la población y mejorar la calidad de vida. En todo Occidente se han reducido las tasas de mortalidad, aumentando así la esperanza de vida; como consecuencia directa de este hecho se ha producido un crecimiento de la población anciana y con ella un incremento de las enfermedades ligadas a la edad avanzada. El progresivo envejecimiento, ya sea de la población madrileña que de la lombarda, tiene un impacto importante en la sostenibilidad de los respectivos sistemas sanitarios tal y como ahora se conocen. Por este motivo las áreas de gobierno competentes en materia sanitaria buscan adecuarse a los nuevos cambios. A través de la observación epidemiológica de la población elaboran documentos sobre el estado de salud de la misma, que les permite poner en marcha una programación en relación a la demanda específica de la ciudadanía. En ocasiones, estos gobiernos optan no sólo por una nueva organización de los servicios, sino que apuestan también por modificar la configuración del propio sistema sanitario mutando así de modelo.

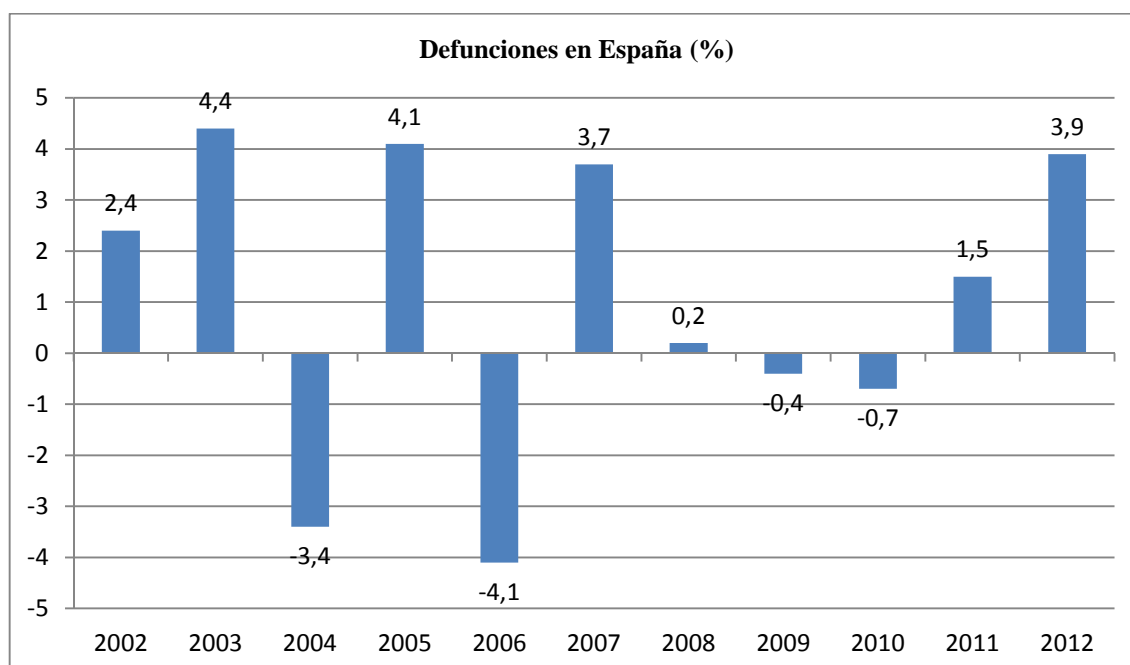
7.1. Comunidad de Madrid: la sanidad en relación a la población.

7.1.0. Introducción: Situación general, de España a la Comunidad de Madrid.

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (España, INE, 2012a) referidos a 2012, España presenta uno de los índices más altos en cuanto a esperanza de vida en la UE- 15⁹⁷, alcanzando los 85,1 años para las mujeres y los 79,4 años para los hombres.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, según los datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística para 2012, cabe destacar que se encuentra entre las más bajas de Europa, manteniéndose en 3,1 muertes por cada 1000 nacimientos, con una tendencia a la disminución desde finales del siglo pasado. Sin embargo, la tasa bruta de mortalidad en España durante 2012 ha experimentado un incremento, alcanzando el 3,9% y situándose como uno de los datos más altos de la última década. Dicha tasa ascendió concretamente en 861,6 muertes por cada 100.000 habitantes (fallecieron en total 402.950 personas) (España, INE, 2012b).

Figura 37. Tasa de variación anual del número de defunciones (%).



⁹⁷ UE-15: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido y Suiza.

Fuente: España, INE (2012b).

En 2012 las enfermedades del sistema circulatorio (30,3%) supusieron la primera causa de muerte, desplazando del primer puesto a los tumores (27,5%), que en 2009 ocasionaron una mortalidad de 153,2 muertes por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el tercer lugar (11,7%) y el cuarto las enfermedades del sistema nervioso. Si atendemos al género, la primera causa de muerte entre los hombres fueron los tumores (296,3 fallecidos por cada 100.000) y las enfermedades del sistema circulatorio (282,2 muertes por cada 100.000) entre las mujeres. (España, INE, 2012b).

En las últimas décadas la diferencia en la mortalidad entre hombres y mujeres en España ha continuado su tendencia, haciendo que la esperanza de vida - tanto al nacer como en edades avanzadas- sea superior para el género femenino.

En relación a la tipología de enfermedades, según datos de 2009 del Instituto Nacional de Estadística, en España aumentó la incidencia del cáncer: el cáncer de colon es el más común en ambos géneros (30,4 casos nuevos por cada 100.000 habitantes), el cáncer de mama (61 casos por 100.000 mujeres) es el más corriente entre las mujeres y el cáncer de próstata (57,2 casos por 100.000 hombres) es el más frecuente entre los hombres. La relevancia de la diabetes es intermedia (6,6% de la población), pero la incidencia de la diabetes de tipo 1 en los niños de edades comprendidas entre 0-14 años es una de las más bajas de Europa (13 por 100.000 habitantes en el 2010).

En 2012 se produjo un visible aumento del número de defunciones. Aunque la principal causa de fallecimiento durante ese año fueran las enfermedades del sistema circulatorio, los trastornos mentales y del comportamiento así como las enfermedades del sistema respiratorio fueron las principales causantes de este incremento.

En general se podría afirmar que el estado de salud percibido por los españoles es positivo y representa un valor intermedio en el contexto europeo, ocupando el séptimo lugar con una valoración positiva del 75%, en el que un 53,6% de la población valora su salud como "buena" y un 21,5% como "muy buena". (España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). p. 34).

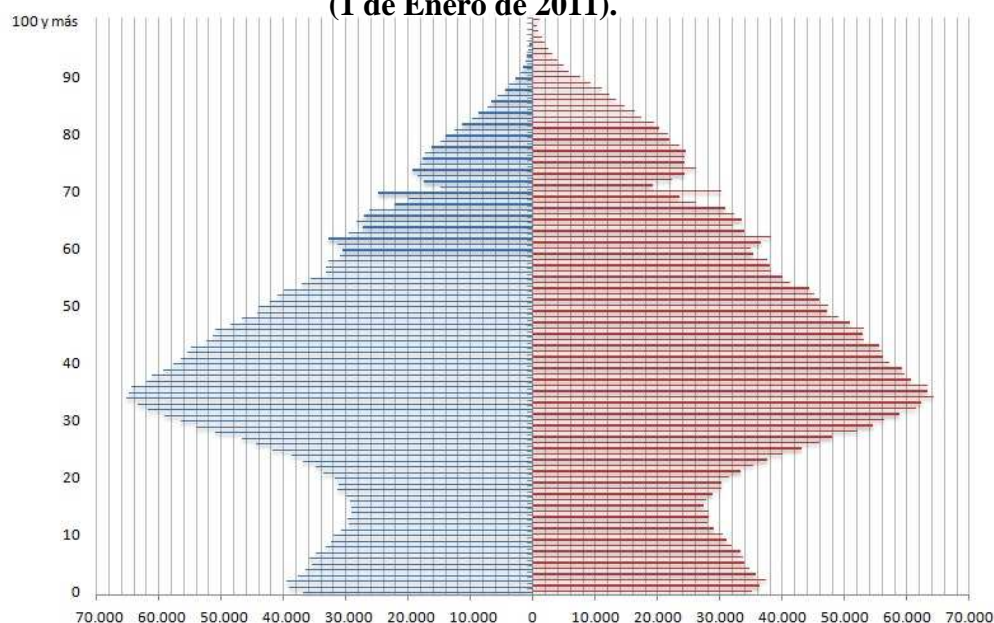
7.1.1 Demografía: La población residente en la Comunidad de Madrid.

La Comunidad de Madrid es una Comunidad Autónoma de España situada en el centro de la Península Ibérica y es uni-provincial. Su capital, así como la del Estado español, es la ciudad de Madrid. Según datos del Instituto Nacional de Estadística ocupa el tercer puesto entre las Comunidades Autónomas en cuanto al número de habitantes (6.414.709) (España, INE [datos provisionales a 1 de enero de 2013]). Actualmente representa el 18% del PIB (Producto Interior Bruto) de España, por detrás de Cataluña con un 18,7% (España, INE).

Para comprender el dinamismo demográfico de la Comunidad de Madrid es necesario considerar tres variables: la evolución demográfica según la estructura de la población; las migraciones tanto internas como externas; y la tasa de fertilidad relacionada con el número de nacimientos.

En cuanto a la evolución demográfica de la población de la Comunidad de Madrid, ésta ha experimentado cambios significativos respecto a las tendencias registradas en las décadas más recientes. El último censo de 1 de enero de 2011, con un total de 6.489.680 de residentes en la Comunidad de Madrid, indica un descenso del crecimiento en relación a los últimos 10 años. La tendencia a la disminución de población se confirma de nuevo con los datos definitivos más recientes (1 de enero de 2012) que presentan un total de 6.421.874 residentes (3.079.070 hombres y 3.324.804 mujeres).

**Figura 38. Pirámide de Población de la Comunidad de Madrid
(1 de Enero de 2011).**



Fuente: España, Comunidad Autónoma de Madrid [CAM], Insituto de Estadística.

Si se observa la distribución por edad y género de la población de la Comunidad de Madrid en la figura anterior (38), se aprecia el efecto de las dinámicas demográficas. La cima de este gráfico por edad revela un mayor número de mujeres ancianas. Sin embargo, lo que realmente llama la atención de esta pirámide es el gran peso de los adultos (35-50 años). Este ensanchamiento refleja las generaciones del llamado "boom de los 60 y 70" del siglo XX, hijos nacidos en Madrid de españoles provenientes de otras Comunidades Autónomas que se trasladan a vivir a la capital. Otra de las características llamativa de la figura es la fuerte reducción de la fertilidad a partir de lo que serían los años 80, que se muestra en la franja de edades comprendidas entre 10 y 20 años; aunque hay una ligera recuperación en la base de la pirámide, debido al nacimiento de hijos de extranjeros que en el periodo de bonanza económica emigraron a España. En los últimos años, concretamente desde 2010, se manifiesta de nuevo una reducción en la base de la pirámide y como resultado disminuye el número de nacimientos registrados; es muy probable que esta tendencia continúe.

Figura 39. Distribución poblacional por grupos de edad y por Dirección Asistencial. Comunidad de Madrid 2011.



Fuente: España, CAM, Conserjería de Sanidad (2012, pp. 9-10 [Objetivo 1 y 2]).

El informe 2012 del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid representa la población residente por grupos de edad y por dirección asistencial⁹⁸.

⁹⁸ Se utiliza el término "Dirección Asistencial" para agrupar las zonas básicas en el catálogo de Centros de Atención Primaria y para la desagregación de datos estadísticos de recursos, población y actividad del

Los datos representados en la figura expuesta anteriormente se refieren a la distribución de la población residente de la Comunidad de Madrid por edades y por Direcciones Asistenciales. La Comunidad de Madrid se dotó, a partir de 2010, de 7 direcciones asistenciales (centro, este, noroeste, norte, oeste, sur y suroeste). En todas ellas la franja de 35 a 64 años es la más amplia, seguida de la de 15 a 34. En relación a las más contrapuestas, en las Direcciones Asistenciales del Norte, Centro y Este hay un predominio de los grupos de edad a partir de los 65 años en contraposición a las comprendidas entre los 0 y 14 años. En los datos totales de la Comunidad de Madrid (CM en la figura) la tendencia es la misma: un predominio de las franjas de 15 a 34 y de 35 a 64 sobre las otras y un predominio de las franjas a partir de los 65 años en relación a las comprendidas entre los 0 y 14 (España, CAM, Conserjería de Sanidad, 2012, pp. 3-39 [Objetivo 1 y 2]).

Según el Informe 2012 del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, en la evolución de la población madrileña las migraciones han jugado siempre un rol fundamental. Durante décadas se produjo lo que se conoce como "éxodo rural"; es decir, numerosas personas provenientes de otras regiones y provincias españolas se trasladaban a Madrid, donde fijaban su residencia. Sin embargo durante los años 80 y 90 del siglo XX el crecimiento de la inmigración se redujo drásticamente; pero desde el principio del siglo XXI se observa una nueva tendencia caracterizada principalmente por una fuerte inmigración extranjera, que a causa de la crisis económica se reduce a partir de 2009, originando un descenso del número de residentes de nacionalidad extranjera y, a su vez, un descenso en el número de nacimientos. En 2011, por primera vez en muchos años, el número de residentes extranjeros disminuyó: 1.067.585 en 2011 y 1.079.944 en 2010, de hecho los datos del 2012 confirman la tendencia decreciente a 1.009.926.

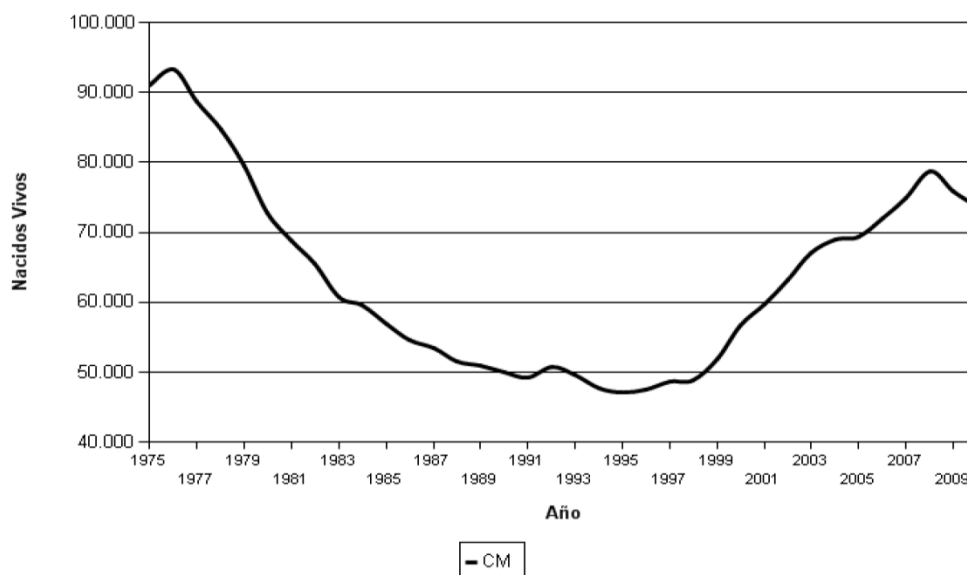
Tabla 11. Población total en España y Población total en la Comunidad de Madrid.

	Total población	Hombres			Mujeres		
		Españoles	Extranjeros	Total	Españoles	Extranjeros	Total
Residentes en España	46.815.916	20.372.386	2.731.917	23.104.303	21.191.057	2.520.556	23.711.613
Residentes en Madrid	6.403.874	2.632.538	446.712	3.079.070	2.846.264	478.540	3.324.804

Fuente: España, INE.

Los últimos datos de fertilidad de la Comunidad de Madrid reflejan el comportamiento de la población respecto a los cambios sociales y económicos. Este fenómeno demográfico ha cambiado de tendencia debido a la crisis económica. En las últimas décadas la tasa de natalidad y de la fertilidad de la Comunidad de Madrid había aumentado, pero a partir del 2009 se confirma una neta disminución.

Figura 40. Evolución anual del número de nacidos vivos. Comunidad de Madrid, 1975 - 2010.



Fuente: España, CAM, Consejería de Sanidad (2012, p.13 [Objetivo 1 y 2]).

Actualmente en la Comunidad de Madrid el promedio de edad en el que se tienen hijos es tardío (32,65 años) en comparación con la década de los '80, que se situaba en los 28 años. El número de hijos por mujer es también bajo, estableciéndose en 1,367 (España, CAM, Consejería de Sanidad, 2012, p. 13 [Objetivo 1y 2]).

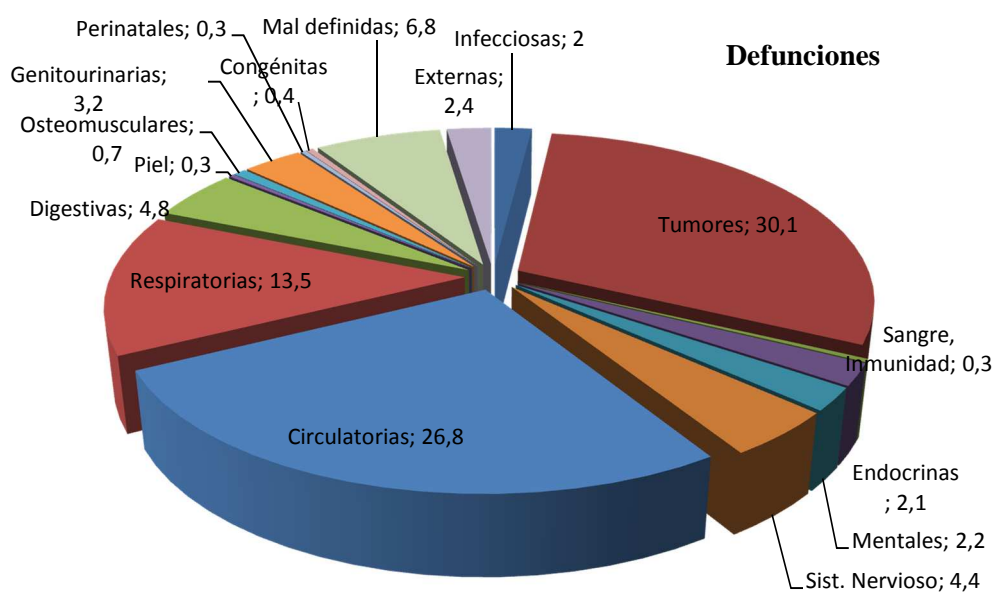
Como conclusión, se podría afirmar que el tamaño de la población de la Comunidad de Madrid ha sufrido fluctuaciones considerables durante los últimos 40 años. En la última década del s. XX (1980 - 2000) se produjo un estancamiento demográfico debido a la reducción de la fertilidad. Sin embargo, a partir del año 2000 se experimentó un aumento de población, debido a la inmigración extranjera y al nacimiento de sus hijos, y a partir del 2010 de nuevo una reducción de los nacimientos junto a la emigración de extranjeros y españoles, que deciden salir de la Comunidad de Madrid, principalmente por motivos laborales.

7.1.2 Epidemiología. Características del estado de salud en la Comunidad de Madrid y evolución de la demanda de las necesidades de salud.

El principal indicador que muestra el estado de salud y el nivel de desarrollo de una población es la esperanza de vida. Ésta junto a las causas de mortalidad y las características de morbilidad en las diferentes franjas de la población definen el cuadro epidemiológico. Según el Informe 2012 sobre el Estado de Salud en la Comunidad de Madrid (España, CAM, Consejería de Sanidad, 2012), la esperanza de vida en las últimas décadas ha aumentado en la población madrileña: de 70,6 años para los hombres y 76,0 para las mujeres en 1975, a 80,5 y 86,4 respectivamente en 2010. Entre 2005 y 2010 este aumento se debe principalmente a la disminución de la mortalidad entre la población adulta (más de 50 años) y, especialmente, entre la anciana (más de 70 años).

Este mismo informe destaca que la principal causa de muerte, según los grupos de la clasificación internacional de enfermedades, para ambos géneros en la Comunidad de Madrid es el cáncer. En 2010 la tasa más alta de mortalidad en ambos géneros era la generada por tumores (30,1%), seguida por las enfermedades del sistema circulatorio (26,8%) y por las enfermedades respiratorias (13,5%) (España, CAM, Consejería de Sanidad, 2012, pp.29-27 [Objetivo 1 y 2]).

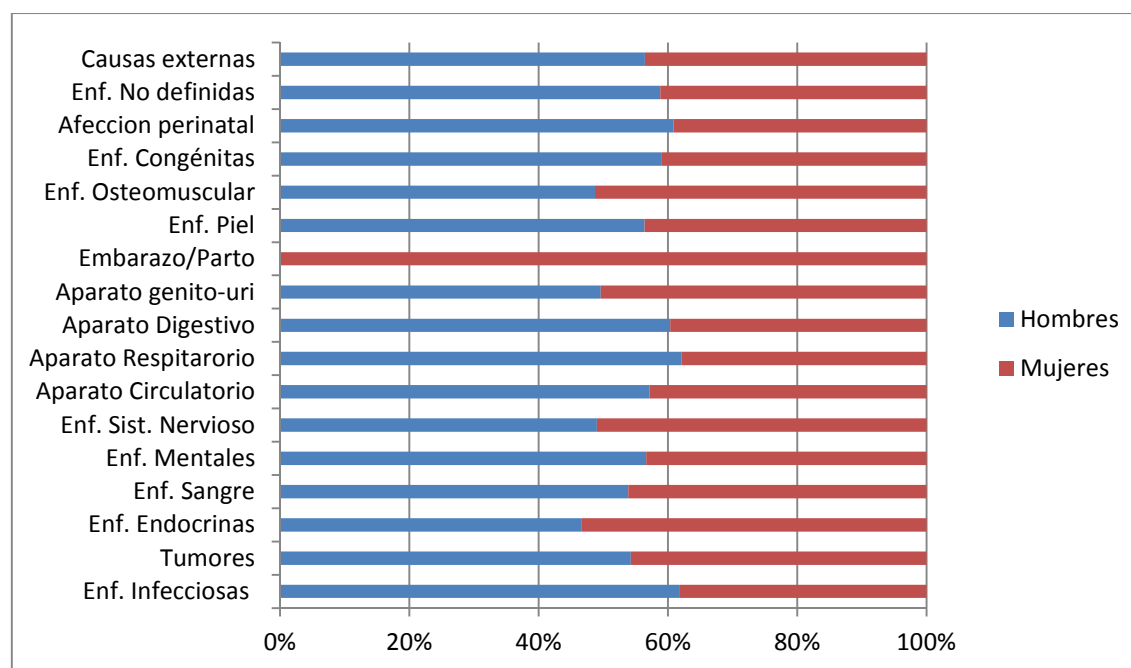
Figura 41. Mortalidad por causas de morbilidad. Comunidad de Madrid 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de España, CAM, Consejería de Sanidad (2012, p. 24 [Objetivo 1 y 2]).

Según los datos del Informe 2012, Equidad y Solidaridad sobre la morbilidad atendida en la atención primaria, un total de 4.647.757 personas, en algún momento de 2011, hicieron uso de este servicio. El número de niños (0-4) y mayores (más de 65) que acudieron al médico de familia es mayor que otros grupos. En relación a los géneros, fueron las mujeres las que utilizaron más la atención primaria en todos los grupos generacionales. En cuanto a la tipología de patologías, la respiratoria (19,5% de episodios) es la más frecuente, seguida por el aparato digestivo en los hombres y el aparato locomotor en las mujeres. Con respecto a la cronicidad patológica, las del aparato circulatorio y endocrino son las más comunes (España, CAM, Consejería de Sanidad, 2012, pp. 28-29 [Objetivo 1 y 2]).

Figura 42. Morbilidad hospitalaria por causa y género. Comunidad de Madrid 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de España, CAM, Consejería de Sanidad (2012, p. 37. [Objetivo 1 y 2]).

En el año 2011 se registraron 1.041.834 de ingresos hospitalarios de residentes en la Comunidad de Madrid, es decir, 162,4 por cada 1.000 habitantes. El 47% de estos ingresos se llevó a cabo en hospitales públicos, el 34% en privados y el 19% fueron hospitalización ambulatoria. Señalar que el porcentaje total de mujeres ingresadas es ligeramente mayor al de los hombres, 56%, pero el análisis de datos revela que este número de ingresos es superior coincidiendo con la edad fértil (entre 15 y 54 años); en otras franjas de edad el porcentaje de hombres es mayor. Entre los hombres la principal

causa de ingreso hospitalario son los tumores, seguido por enfermedades del aparato digestivo y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos (oídos y ojos); entre las mujeres, después del parto como principal causa de ingreso, son las enfermedades del sistema nervioso, seguidas por los órganos de los sentidos y los tumores (España, CAM, Consejería de Sanidad, 2012).

En lo que se refiere a los problemas de salud de los madrileños por grupos generacionales se puede destacar lo siguiente:

El 85,5% de la población infantil (0 - 4 años) acudió a un centro por infecciones respiratorias y enfermedades del aparato respiratorio. Con respecto a la salud de los jóvenes se han tenido en cuenta dos factores: por un lado la mayoría de ingresos hospitalarios se deben frecuentemente tanto a causas externas, como los accidentes de tráfico (aunque éstos se han reducido considerablemente en los últimos años), como al aumento de la obesidad (20% de hombres y 81% de mujeres) que se ha producido en los últimos 15 años, como consecuencia a la vida sedentaria y a un cambio en la alimentación. Este último factor se da especialmente entre las mujeres jóvenes. De hecho, el 48% de la población española tiene un peso excesivamente elevado (el 35,4% tiene sobrepeso y el 13,1% puede considerarse obeso), alcanzando un valor intermedio en el contexto de la Unión Europea. Sin embargo, España está a la cabeza en obesidad infantil (España, CAM, Consejería de Sanidad, 2012, pp. 24-32 [Objetivo 3]).

Respecto a la salud en los mayores, el 92,4% de la población madrileña de más de 64 años fue atendida en las consultas de atención primaria y 375.785 ciudadanos de esta franja fueron hospitalizados. Las enfermedades del aparato circulatorio son el motivo principal de consulta en atención primaria, este hecho se produce más en mujeres que en hombres. El cáncer en hombres y las enfermedades circulatorias en mujeres son las causas de defunción en la población madrileña de más de 64 años (España, CAM, Consejería de Sanidad, 2012, pp. 2-16 [Objetivo 5]).

El estudio realizado por el Informe 2012 Madrid presenta como factores de riesgo muy relevantes para la salud de los madrileños aquellos producidos por el tabaco y la obesidad. Respecto al consumo del tabaco, aunque que en los últimos años ha disminuido considerablemente, España sigue siendo uno de los países de Europa con mayor número de fumadores, y en relación a la obesidad, ésta es debida a la inactividad física y sedentarismo de los madrileños, ostentando un porcentaje alto, concretamente el 41,9%

de la población de 18 a 64 años tenían sobrepeso en 2012 (España, CAM, Consejería de Sanidad, 2012, pp. 2-12 [Objetivo 11]).

Después de este breve análisis, es necesario destacar cómo la evolución de la demanda de la salud se ha transformado especialmente por el aumento de personas mayores. Datos del Informe 2012 Madrid reflejan cómo en los últimos años ha habido una mejora en las enfermedades circulatorias, que normalmente sufren los más ancianos y que han dejado de ser la primera causa de muerte en esta franja de población. Sin embargo, es evidente que en los próximos años este grupo aumentará aún más y será necesario idear un sistema socio-sanitario que responda a la demanda de salud.

Un último aspecto destacable en la demanda de las necesidades de salud en las últimas décadas es el crecimiento de la conciencia de los ciudadanos, tanto hacia las propias necesidades de salud como hacia las posibilidades de mejora de éstas. Este hecho se traduce en una mayor importancia de las iniciativas de prevención de las enfermedades. Los ciudadanos, además de tener más acceso a información y reconocer los síntomas de las posibles enfermedades que pueden padecer, saben dónde y a quien tienen que dirigirse.

7.2 Región de Lombardía: la sanidad en relación a la población.

7.2.0 Introducción: Situación general, de Italia a la Región de Lombardía.

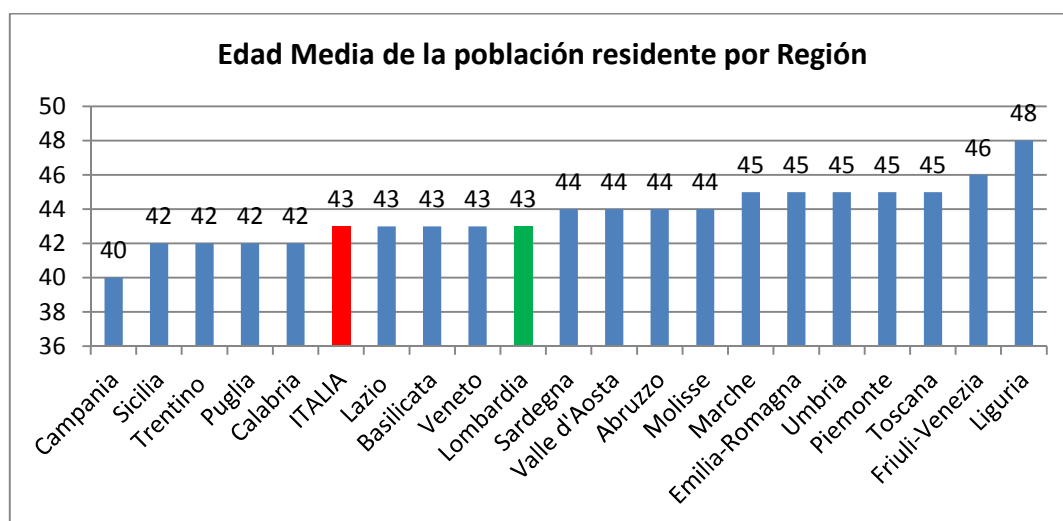
Los datos definitivos del Instituto de Estadística Italiano (Italia, Istituto Nazionale di Statistica [ISTAT], 2011, p. 24), con fecha 1 de enero de 2011, revelan que el conjunto de la población italiana se encuentra en continuo crecimiento. Los residentes en Italia, incluidos los extranjeros, son 59.433.744 (30.688.237 mujeres y 28.745.507 hombres). Sin embargo, en los datos del anterior censo, realizado el 1 de enero de 2001, la población era de 56.995.774 millones (29.408.762 mujeres y 27.586.982 hombres), con lo que se confirma un aumento de la población en 2.437.970 individuos. Este incremento se debe atribuir sobre todo al creciente número de extranjeros que deciden residir en Italia. Los datos muestran que, respecto a 2001, la población italiana ha disminuido en más de 250.000 unidades, mientras que la extranjera ha aumentado en 2.694.256 individuos.

La esperanza de vida al nacer en Italia es una de las más altas en la Unión Europea con 84,63 años para las mujeres y 79,24 años para los hombres en 2011. La tasa de mortalidad

ha disminuido en Italia, aunque el número de fallecimientos haya aumentado, debido a la pirámide poblacional. La tendencia en la mortalidad infantil es la misma, con una reducción del 22%, según datos de 2008. Entre las enfermedades que suponen la primera causa de muerte se encuentran aquellas relacionadas con el sistema circulatorio (224.830 defunciones, 38,2%), seguidas de los tumores (174.678 defunciones, 29,7%) y en tercer lugar, las enfermedades del sistema respiratorio con 39.949 defunciones. Otro dato relevante es el continuo aumento de la incidencia de la diabetes. Todos esos datos son relativos al conjunto total de la población; si se desglosan por grupos generacionales y género, las causas de muerte difieren, siendo el cáncer la causa principal de muerte en adultos (Italia, ISTAT, 2011).

La principal característica que define a la población italiana es el envejecimiento. El porcentaje de población de más de 65 años ha pasado del 18,7% (10.645.874 personas) en 2001 al 20,8% (12.384.963 personas) en 2011. Este aumento es también significativo en edades más avanzadas: la población de más de 75 años ha variado del 8,4% (4.762.414 personas) en 2001, al 10,4% (6.152.411 personas) en 2011 y en cuanto a la población de más de 85 años el porcentaje ha ascendido del 2,2% en 2001 al 2,8 % en 2011 (Italia, ISTAT, 2011, p.13)

La figura que se observa a continuación muestra la geografía del envejecimiento en Italia, que ostenta una edad media de 43 años. Las regiones del sur se encuentran por debajo de la media nacional, las regiones más pobladas mantienen la media italiana (Lazio, Basilicata, Veneto y Lombardía) y las demás regiones presentan una edad media superior a la media (Italia, ISTAT, 2011).

Figura 43. Edad media de la población residente por región. Datos del Censo 2011.

Fuente: Italia, ISTAT, (2011, p. 14).

Los datos demográficos constatan el hecho del envejecimiento. Las autoridades públicas son conscientes de que este cambio se traduce en una demanda de salud diferente a la que, hasta ahora, se había hecho frente. Según datos del Instituto Italiano de Estadística, más de 1 persona sobre 6 será mayor de 65 años y el objetivo del sistema sanitario estará focalizado en la mejora de la salud de mayores en un futuro próximo.

El 70,6% de la población residente en Italia en 2010 tiene un juicio positivo sobre su propio estado de salud. El porcentaje de personas que declaran gozar de un buen estado de salud es más elevado entre los hombres (75%) que entre las mujeres (66,5%). A partir de los 35 años surgen claramente las diferencias de género en desventaja de las mujeres: en las edades comprendidas entre los 35-44 años el 84,1% de los hombres se considera en buena salud frente al 79,9% de sus coetáneas; las diferencias mayores se encuentran entre los 65 y 74 años (44,6% contra 34,0%) (Italia, ISTAT, 2011).

7.2.1 Demografía: La población residente en Lombardía.

La Región de Lombardía, cuya ciudad capital es Milán, está formada por 12 provincias (Varese, Como, Sondrio, Milán, Bérgamo, Brescia, Pavía, Cremona, Mantua, Leco, Lodi, Monza y Brianza). Según los últimos datos del Instituto de Estadística Italiano (ISTAT) de 2011, la población residente en Lombardía, constituida por aquellos ciudadanos que viven habitualmente, es de 9.704.151. Más de tres millones de estos residentes se encuentran en la provincia de Milán, lo que supone el 31,3% del total; Brescia (12,8%) y

Bérgamo (11,2%) son las siguientes en cuanto a número de población. La densidad demográfica del territorio milanés corresponde a 1.924,4 habitantes por Km², mientras que la concentración más alta se encuentra en la provincia de Monza-Brianza, con más de 2 mil habitantes por Km².

En relación a la composición de la población residente por género, la estructura se caracteriza por una mayor presencia de mujeres, 4.991.648 (51,4%), que superan a los hombres en 279.145. Esta diferencia se debe esencialmente al progresivo envejecimiento de la población y a la mayor esperanza de vida de las mujeres.

Tabla 12. Población residente por género y provincia (Región de Lombardía).

Provincia	Población Residente					Densidad (Habitantes por Km2)
	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje	Mujeres por cada 100 residentes	
Varese	422.752	449.134	871.886	9,0	51,5	727,4
Corno	286.101	300.634	586.735	6,0	51,2	455,5
Sondrio	88.357	92.457	180.814	1,9	51,1	56,3
Milán	1.455.050	1.583.370	3.038.420	31,3	52,1	1924,4
Bérgamo	536.201	550.076	1.086.277	11,2	50,6	398,9
Brescia	607.910	630.134	1.238.044	12,8	50,9	258,8
Pavía	258.625	277.197	535.822	5,5	51,7	180,7
Cremona	174.506	183.117	357.623	3,7	51,2	202,0
Mantua	198.711	209.625	408.336	4,2	51,3	174,6
Lecco	164.901	171.409	336.310	3,5	51,0	412,1
Lodi	109.771	113.984	223.755	2,3	50,9	286,1
Monza y Brianza	409.618	430.511	840.129	8,7	51,2	2071,9
Lombardía	4.712.503	4.991.648	9.704.151	100,0	51,4	408,7

Fuente: Italia (ISTAT, 2011).

En los datos que se acaban de exponer (tabla 12) pueden encontrarse los detalles de la población por rango de edad en los dos últimos censos (2001 y 2011) y sus porcentajes. En la tabla se observa claramente que el fenómeno del envejecimiento es una de las características demográficas de la década. En Lombardía del 2001 al 2011 el porcentaje de población con 65 años pasa del 18,2% (1.642.443) al 20,8% (2.018.014), con un aumento del 22,9%. Asimismo, se observa la disminución de personas en edades comprendidas entre los 15 y los 39 años, que desciende del 34% (3.134.858) al 28,7% (2.787.427), con una reducción del 11,1%.

Tabla 13. Población residente por franjas de edad. Región de Lombardía.

Datos del Censo 2001						
Provincia	Franja de Edad					Total
	0 - 14	15 - 39	40 - 64	65 - 79	+ 80	
Varese	107.988	280.964	275.502	113.500	34.523	812.477
Corno	73.647	187.628	180.314	73.740	22.171	537.500
Sondrio	25.226	62.358	57.916	23.908	7.448	176.856
Milán	364.930	1.007.357	1.018.937	427.987	121.368	2.940.579
Bérgamo	143.092	353.173	321.978	121.784	33.102	973.129
Brescia	156.538	397.996	367.522	145.718	41.002	1.108.776
Pavía	55.835	158.384	168.159	84.662	26.713	493.753
Cremona	41.588	111.144	114.586	53.082	15.539	335.939
Mantua	45.330	126.439	125.392	60.303	20.326	377.790
Lecco	43.882	108.016	105.141	42.271	12.142	311.452
Lodi	26.134	68.881	67.216	27.868	7.573	197.672
Monza y Brianza	105.409	272.518	262.991	100.961	24.752	766.631
Lombardía	1.189.599	3.134.858	3.065.654	1.275.784	366.659	9.032.554

Fuente: Italia (ISTAT).

Datos del Censo 2011						
Provincia	Franja de Edad					Total
	0 - 14	15 - 39	40 - 64	65 - 79	+ 80	
Varese	121.914	249.610	314.574	134.180	51.608	871.886
Corno	83.392	169.917	213.692	85.990	33.744	586.735
Sondrio	25.009	51.721	66.735	26.610	10.739	180.814
Milán	418.999	846.880	1.104.896	486.406	181.239	3.038.420
Bérgamo	169.351	326.709	391.234	145.852	53.131	1.086.277
Brescia	189.547	371.723	439.892	170.568	66.314	1.238.044
Pavía	67.581	147.730	197.131	85.511	37.869	535.822
Cremona	47.808	100.930	130.007	55.052	23.826	357.623
Mantua	56.376	116.763	145.800	61.283	28.114	408.336
Lecco	48.787	96.294	122.289	49.747	19.193	336.310
Lodi	32.102	66.820	81.442	31.676	11.715	223.755
Monza y Brianza	122.445	242.330	307.707	124.452	43.195	840.129
Lombardía	1.383.311	2.787.427	3.515.399	1.457.327	560.687	9.704.151

Fuente: Italia (ISTAT).

Tabla 14. Tablas comparativas de población. Región de Lombardía.

COMPARATIVA: Variación Absoluta						
Provincia	Franja de Edad					Total
	0 - 14	15 - 39	40 - 64	65 - 79	+ 80	
Varese	13.926	-31.354	39.072	20.680	17.085	59.409
Corno	9.745	-17.711	33.378	12.250	11.573	49.235
Sondrio	-217	-10.637	8.819	2.702	3.291	3.958
Milán	54.069	-160.477	85.959	58.419	59.871	97.841
Bérgamo	26.259	-26.464	69.256	24.068	20.029	113.148
Brescia	33.009	-26.273	72.370	24.850	25.312	129.268
Pavía	11.746	-10.654	28.972	849	11.156	42.069
Cremona	6.220	-10.214	15.421	1.970	8.287	21.684
Mantua	11.046	-9.676	20.408	980	7.788	30.546
Lecco	4.905	-11.722	17.148	7.476	7.051	24.858
Lodi	5.968	-2.061	14.226	3.808	4.142	26.083
Monza y Brianza	17.036	-30.188	44.716	23.491	18.443	73.498
Lombardía	193.712	-347.431	449.745	181.543	194.028	671.597

Fuente: Italia (ISTAT).

COMPARATIVA: Variación Porcentual						
Provincia	Franja de Edad					Total
	0 - 14	15 - 39	40 - 64	65 - 79	+ 80	
Varese	12,9	-11,2	14,2	18,2	49,5	7,3
Corno	13,2	-9,4	18,5	16,6	52,2	9,2
Sondrio	-0,9	-17,1	15,2	11,3	44,2	2,2
Milán	14,8	-15,9	8,4	13,6	49,3	3,3
Bérgamo	18,4	-7,5	21,5	19,8	60,5	11,6
Brescia	21,1	-6,6	19,7	17,1	61,7	11,7
Pavía	21,0	-6,7	17,2	1,0	41,8	8,5
Cremona	15,0	-9,2	13,5	3,7	53,3	6,5
Mantua	24,4	-7,7	16,3	1,6	38,3	8,1
Lecco	11,2	-10,9	16,3	17,7	58,1	8,0
Lodi	22,8	-3,0	21,2	13,7	54,7	13,2
Monza y Brianza	16,2	-11,1	17,0	23,3	74,5	9,6
Lombardía	16,3	-11,1	14,7	14,2	52,9	7,4

Fuente: Italia (ISTAT).

Los datos que se extraen a partir de estas tablas revelan otros tres indicadores de la estructura por edades basada en la repartición de la población en tres categorías: la edad pre-laboral (de 0 a 14 años), la edad laboral (de 15 a 64 años) y la edad post-laboral (más de 65 años). Se trata del índice de dependencia de los jóvenes (porcentaje entre la

población con menos de 15 y población de 15 a 64 años), del índice de dependencia de los ancianos (relación porcentual entre las personas en edades post laborales y aquellas que están en edad de trabajar) y el índice de carga social (suma de los dos índices de dependencia).

El índice de dependencia de los jóvenes pasa del 19,2% al 21,9%; el índice de dependencia de los ancianos varía del 26,5% al 32,0% y el índice total del 45,7% al 54%. Esto significa que 100 personas en edad laboral, además de ellas mismas, tienen "a cargo socialmente" a unas 54 personas más (22 en edad pre-laboral y 32 en edad post laboral). Con esta situación se ratifica un aumento de la carga social y económica que pesa sobre la población en edad laboral.

Estos datos representan la problemática que el sistema de seguridad social debe afrontar. Concretamente, en relación al sistema sanitario, queda claro que si no hay una mayor contribución en la franja de los más jóvenes difícilmente se podrá pensar en una sostenibilidad del sistema si éste no se abre a nuevas fórmulas de organización y de gestión.

**Tabla 15. Índice de envejecimiento e Índice de dependencia.
Censos 2001 y 2011 (porcentajes).**

Provincia	Índice de Vejez		Índice de Dependencia (Carga Social)				Total	
			Jóvenes		Ancianos			
	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001
Varese	152,4	137,1	21,6	19,4	32,9	26,6	54,5	46,0
Corno	143,6	130,2	21,7	20,0	31,2	26,1	53,0	46,1
Sondrio	149,3	124,3	21,1	21,0	31,5	26,1	52,6	47,0
Milán	159,3	150,5	21,5	18,0	34,2	27,1	55,7	45,1
Bérgamo	117,5	108,2	23,6	21,2	27,7	22,9	51,3	44,1
Brescia	125,0	119,3	23,4	20,4	29,2	24,4	52,5	44,8
Pavía	182,6	199,5	19,6	17,1	35,8	34,1	55,4	51,2
Cremona	165,0	165,0	20,7	18,4	34,2	30,4	54,9	48,8
Mantua	158,6	177,9	21,5	18,0	34,0	32,0	55,5	50,0
Lecco	141,3	124,0	22,3	20,6	31,5	25,5	53,9	46,1
Lodi	135,2	135,6	21,7	19,2	29,3	26,0	50,9	45,2
Monza y Brianza	136,9	119,3	22,3	19,7	30,5	23,5	52,7	43,2
Lombardía	145,9	138,1	21,9	19,2	32,0	2,5	54,0	45,7

Fuente: Italia (ISTAT).

Las principales características de la población lombarda y los cambios demográficos más significativos de la Región de Lombardía, según datos del Instituto de Estadística Italiano, se pueden resumir en:

- Aumento del género femenino: actualmente en Lombardía hay 94,4 hombres por cada 100 mujeres (4.712.503 hombres y 4.991.648 mujeres).
- Personas mayores, primacía de centenarios: El fenómeno del envejecimiento caracteriza la década entre los dos censos. Del 2001 al 2011 el porcentaje de población de 65 años y de más de 65 pasa del 18,2% (1.642.443) al 20,8% (2.018.014). Aquellos que superan los 85 años incrementan su peso sobre el total de la población residente (del 2,1% en 2001 al 2,6% en 2011, 256.712 unidades). La Región de Lombardía es también la región donde reside el mayor número de personas centenarias (2.391, 15,9% del total nacional). Estos números se han duplicado en diez años, pues en 2001 eran 940 (117 hombres y 823 mujeres), mientras que en 2011 eran 2.391 (273 hombres y 2.118 mujeres).
- Aumento de los extranjeros: En 2001 los residentes en Lombardía eran 9.032.554 y el incremento de población del 7,4% en 2011 se atribuía exclusivamente al componente extranjero. Según los últimos datos relativos a octubre de 2011, la ciudadanía italiana ha crecido en 43.866 unidades (0,5%) y la extranjera en 627.731 unidades (196,4%). El total de los extranjeros censados en 2011 en Lombardía es de 947.228 (casi una cuarta parte del total de los extranjeros que residen en Italia): los hombres suponen el 48,5% y las mujeres el 51,5%. El 22,8% en la franja de edad entre 0 y 14 años, el 47,3% entre los 15 y 39 años, el 27,9% entre los 40 y 64 años y el 2% más de 65 años.

Es necesario destacar que aunque desde 2001 a 2011 la población lombarda haya aumentado en 671.597 personas, tradicionalmente la Región de Lombardía recibe un número importante de ciudadanos procedentes de otras regiones italianas, que desean tratar su enfermedad en el sistema sanitario lombardo. Según el Informe Osservasalute 2013 (Furia, Sabetta, Avolio y Marino, 2014; Informe Osservasalute 2013), que establece un indicador para medir la movilidad hospitalaria entre regiones, la Región de Lombardía atrae a un 9% de población no residente; mientras que tan sólo un 3,6% de los residentes prefiere tratar su enfermedad u operarse en otra región o país (p.34).

7.2.3 Epidemiología: Características del estado de salud en la Región de Lombardía y evolución de la demanda de las necesidades de Salud⁹⁹.

El fenómeno más relevante en las últimas décadas ha sido el aumento de la esperanza de vida: ésta ha aumentado en 4 años para las mujeres y en casi 6 para los hombres, alcanzando los 84,3 años de esperanza de vida para ellas y los 79,6 para ellos (Instituto de Estadística Italiano). Lo que ha determinado el aumento de este indicador, común en toda Italia, ha sido la disminución de la mortalidad, sobre todo por enfermedades crónico-degenerativas, pero también debido a la reducción de mortalidad por tumores. (Cristoferi, 2013, *Ápéndice A*, pp. 6-7).

Según el Informe Osservasalute 2013 (Furia et. al, 2014; Informe Osservasalute 2013), aquellas enfermedades que han supuesto una menor mortalidad en los hombres son los tumores y el sistemas circulatorio, le siguen aquellas relacionadas con el sistema nervioso y con los órganos de los sentidos (ojos y oídos). En cuanto a las mujeres, estarían en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio y, a continuación, los tumores, enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.

En Lombardía existe una mayor disminución de las defunciones relacionadas con los problemas circulatorios del encéfalo, enfermedades del aparato digestivo, por causas accidentales y violentas y, en especial, con respecto a la Diabetes Mellitus. Por otro lado, a pesar de la disminución de la mortalidad, esta región destaca por superar la media del país con respecto a tumores: en la franja 19-64 años los hombres presentan un 10,4 por cada 10.000 (cuando el valor medio nacional es de 10,2) y las mujeres 7,8 por cada 10.000 (la media nacional es de 7,7). Otras causas de muerte que superan la media italiana son los infartos y las enfermedades del sistema respiratorio (Furia et al., 2014, p. 31).

La atención primaria en Italia y, por ende, en la Región de Lombardía está desempeñada por médicos de medicina general (6.507 médicos) que asisten al total de la población lombarda. Cada uno de ellos atiende a una media de 1.300 personas (Italia, Regione Lombardia, 2014, p. 44). A lo largo de 2011 se han llevado a cabo más 170 millones de prestaciones sanitarias ambulatorias; de ellas el 59% se han realizado en estructuras públicas y el 41% restante en estructuras privadas o concertadas (Filippo Cristoferi, 2013,

⁹⁹ Algunos de los datos que se citan en este capítulo se han obtenido a partir de la entrevista realizada a Filippo Cristoferi, Responsable de Investigación en el Área Sanitaria del Instituto de Investigación de la Región de Lombardía. *La entrevista puede consultarse en el apartado anexos.*

Ápéndice A). Es interesante aclarar que dentro de estas prestaciones ambulatorias se han de incluir también las de asistencia especializada.

El sistema sanitario lombardo está fuertemente orientado a la asistencia hospitalaria. En 2011, se han efectuado unos 2 millones y 400 mil ingresos aproximadamente entre hospitalizaciones ordinarias e intervenciones en hospitalización ambulatoria. El porcentaje de ingresos se ha reducido el 26% en los últimos años, a pesar del crecimiento de la población y el aumento de los enfermos crónicos (Italia, Regione Lombardia, 2014, p. 11; Cristoferi, 2013, Ápéndice A, p.4). En 2012 la tasa de altas hospitalarias (tanto ordinarias como de hospitalización ambulatoria) era igual a 147,7 por cada 1000; mientras que a nivel nacional fue de 163,5 por cada 1.000 (Furia et al., 2014).

Las enfermedades crónicas más habituales que sufre la población lombarda son las propias del envejecimiento. Entre ellas se encuentran la artrosis, la hipertensión y las alergias, seguidas a una cierta distancia de la osteoporosis, bronquitis o asma, diabetes, enfermedades del corazón, problemas del sistema nervioso y úlceras. Estas patologías han disminuido en los últimos años, con excepción de la osteoporosis y de las alergias; ambas enfermedades crónicas resultan ser las únicas presentes en una cuota superior a los valores registrados de media a nivel nacional (Cristoferi, 2013, Ápéndice A, pp. 6-7).

Según el Informe Osservasalute 2013 la obesidad y el sobrepeso han aumentado, aunque se mantienen por debajo de la media nacional. El 32,6% de adultos mayores de 18 años tiene sobrepeso y de éstos el 10,3% son obesos. En cuanto a la población infantil, el 24,2% de los menores (6-17 años) sufre de sobrepeso o es obeso. Otros estilos de vida que impactan en el estado de salud de los ciudadanos son el consumo de alcohol y el tabaco. En relación al alcohol, el consumo de los jóvenes de la Región de Lombardía se sitúa por encima de la media nacional con el 14,3% sobre el 11,4% nacional. En las demás franjas de edad presenta un consumo inferior a la media. En relación al tabaco, más de la mitad de la población fuma, en concreto el 68,6%, por encima de la media del país (65%).

Con respecto al estado de salud de la población regional, el 72,9% de los lombardos en 2012 declaraba gozar de buenas condiciones de salud, el total de la población italiana en afirmar esta cuestión era del 71,1% (Cristoferi, 2013, Ápéndice A, p. 4).

En conclusión, el ciudadano lombardo tiene un buen conocimiento de su propio estado de salud y de la posible enfermedad que pueda padecer, pero no se puede afirmar que

tenga el mismo grado de conocimiento sobre los servicios sanitarios. Con respecto a las propias necesidades de salud, intenta dirigirse a aquellos puntos o lugares donde cree que podrán darle una respuesta más adecuada a las citadas necesidades. Se trasluce, por tanto, la necesidad de una reeducación en la utilización de los servicios sanitarios, siendo importante hacer comprender a los ciudadanos que una utilización inapropiada de estos sistemas tiene importantes repercusiones sobre la calidad de la vida en términos de calidad y costes (Cristoferi, 2013, *Ápéndice A*, p. 16).

Una última observación en relación a la demanda de salud en la Región Lombardía en los próximos años está referida a la conciencia de la puesta en marcha de un sistema sociosanitario que afronte los problemas que el envejecimiento de la población podrá acarrear.

8. ORGANIZACIÓN Y REFORMAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS REGIONALES.

8.1 El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

8.1.1 Introducción – El nacimiento del sistema sanitario madrileño.

El inicio de la descentralización de las competencias sanitarias en España comenzó en los años 80. Esta descentralización supuso la transferencia gradual de competencias en la planificación sanitaria y organización y gestión de los servicios del Sistema Sanitario a las Comunidades Autónomas (Gallego et al., 2003, p. 106). Si se sitúa cronológicamente a la Comunidad de Madrid en el proceso de transferencias de las competencias sanitarias, ésta se ubica en el grupo de Comunidades Autónomas (Aragón, Asturias, Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura, Murcia, La Rioja, Ceuta y Melilla) que cierran dicho proceso en el año 2002 (Ventura Victoria, 2003, p. 307).

En 1983 se aprobó el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid con la Ley Orgánica 3/1983, cuyos artículos 27.4 y 27.5 declaran que el desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria y la ejecución en materia de sanidad e higiene, así como la coordinación hospitalaria corresponden a la Comunidad. Sin embargo, los instrumentos legales que realmente permitieron la transferencia de las competencias sanitarias fueron la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que regularizó el marco sanitario del Sistema Sanitario de la Comunidad, y el Real Decreto 1479/2001 de 27 diciembre, sobre el traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud (INSALUD). En enero de 2002 la Comunidad asumió las funciones y los servicios en materia de gestión de la asistencia sanitaria, que en su ámbito territorial realizaba el Instituto Nacional de Salud, naciendo así el Sistema Sanitario madrileño.

Hasta entonces, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el INSALUD cooperaban en la provisión de los servicios sanitarios. Como se puede observar en el cuadro 14, desde la proclamación del primer gobierno de la Comunidad en 1983 hasta el traspaso efectivo de competencias en enero de 2002, el servicio sanitario estuvo gestionado por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), cuya prioridad era desarrollar

el rol de la atención primaria, asumiendo las directrices establecidas por la Organización Mundial de la Salud en 1978 (Gallego et al., 2003, p.104).

Durante estos 20 años han gobernado en la Comunidad los dos principales partidos españoles. En la primera etapa, desde 1983 hasta 1995 (12 años), con Joaquín Leguina como presidente al frente del gobierno, estuvo el Partido Socialista Obrero Español (PSOE); los restantes 8 años (1995 - 2003) gobernó el Partido Popular con Alberto Ruíz Gallardón. En ambos casos, socialistas y populares, la tipología de las reformas coincidieron especialmente en la reorganización territorial del sistema sanitario. El gobierno socialista aprobó el Decreto 117/1988 sobre la zonificación en base a Áreas de Salud, Distritos y Zonas Básicas de Salud, que fue actualizado posteriormente por el gobierno popular de Gallardón, concretamente 10 años después, reorganizando la distribución en Zonas Básicas, Distritos Sanitarios y 11 Áreas de Salud. Más tarde Esperanza Aguirre reorganizaría de nuevo las áreas en un Área Única para hacer efectivo el derecho de libertad de elección.

El traspaso definitivo de las competencias sanitarias tuvo lugar bajo el gobierno popular de Gallardón. Después de la transferencia de las funciones del INSALUD a la Comunidad de Madrid, la administración sanitaria se estructuró en el Servicio Madrileño de Salud y en el Instituto Madrileño de Salud: dos entes de derecho público que con el Decreto 16/2005 de 27 de enero fueron integrados en el nuevo Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Es importante destacar que tanto la transferencia de las competencias sanitarias a la Comunidad de Madrid, como el consecuente nacimiento del Servicio Madrileño de Salud acontecen bajo gobiernos populares: a nivel nacional (segunda legislatura de José María Aznar) y regional (segunda legislatura de Ruíz-Gallardón).

Un año después de la llegada de los populares al gobierno central se proclamó la Ley 15/1997, referente a la habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que se detalla más adelante. Ya en la Ley 14/1986 General de Sanidad (art. 93 y 94) estaba contemplada la colaboración con diferentes formas de organización y gestión, así como en las leyes de ordenación sanitaria de las Comunidades Autónomas estaban recogidas la separación de las funciones de financiación y provisión, que facilitaban la reforma que el INSALUD planeó con la publicación de su Plan Estratégico a finales de 1997. Sin embargo todo esto no se pudo concretar hasta el año 2002, dado que no se

contaba con el suficiente respaldo legal para su implantación, cediendo así la decisión a las Comunidades Autónomas (Ventura Victoria, 2003, p. 314).

Cuadro 14. Cronología: Hechos relevantes y legislación sanitaria.

CRONOLOGÍA. HECHOS RELEVANTES Y LEGISLACIÓN SANITARIA				
Año	ESPAÑA		C. MADRID	
	Gobierno	Hecho	Gobierno	Hecho
1977	UCD	Pactos de la Moncloa	Ningún Gobierno	
1978	UCD	Creación del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)	Ningún Gobierno	
1981	UCD	Inicio Traspaso Competencias sanitarias	Ningún Gobierno	
1983	PSOE	Real Decreto 1959/1983, de 29 Junio, traspaso de funciones y servicios del Estado a la Comunidad Madrid y funcionamiento de la Comisión Mixta	PSOE	Aprobación Estatuto Comunidad de Madrid. Ley 1/1983, de 13 de dic, de Gobierno y Administración
1985	PSOE	Firma del Tratado de Adhesión con CEE Inicio Proceso Adaptación de la Estructura de Gestión de los hospitales del INSALUD	PSOE	Decreto 77/1985, de 17 Julio (BOCM núm. 182, 2 agosto), que aprobó provisionalmente la zonificación de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid
1986	PSOE	Ley 14/1986 de 25 abril, General de Sanidad. Creación del Sistema Nacional de Salud	PSOE	
1988			PSOE	Decreto 117/1988, 17 de noviembre, (BOCM de 24 noviembre), aprobación zonificación en base a Áreas de Salud Distritos/ Zonas Básicas de Salud.
1991	PSOE	Crisis económica y financiera 1991-1993 Informe Abril Primer intento de reforma		
1994	PSOE	Ley 30/1994 Ley de Fundaciones		
1995			PP	Gana Elecciones a la Comunidad - Alberto Ruiz Gallardón
1996	PP	Gana Elecciones generales el Partido Popular	PP	
1997	PP	Ley 15/1997 - habilitación de nuevas formas de gestión del SNS Valencia: Modelo Alzira		

Año	ESPAÑA		C. MADRID	
	Gobierno	Hecho	Gobierno	Hecho
1998	PP	Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de 1999, incluye la posibilidad de transformar centros sanitarios INSALUD en Fundaciones Públicas Sanitarias.	PP	Actualización de zonificación sanitaria de la Comunidad. Distribución en Zonas Básicas, Distritos Sanitarios y 11 Áreas de Salud.
2001	PP	Real Decreto 1479/2001, de 21 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Madrid de funciones y servicios del INSALUD	PP	Ley 12/2001, de 21 Dic, de Ordenación Sanitaria - LOSCAM
2002	PP	Finalización traspaso de competencias sanitarias a CCAAs y abolición del INSALUD	PP	Nacimiento del Servicio Madrileño de Salud y del Instituto Madrileño de Salud
2003	PP	Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)	PP Consejero Manuel Lamela	Gana Elecciones a la Comunidad - Esperanza Aguirre
2004	PSOE	Gana las elecciones el PSOE		
2005	PSOE		PP	Decreto 16/2005, de 27 de enero, sobre creación del nuevo Servicio Madrileño de Salud - SERMAS
2007	PSOE	Ley 30/2007, de 30 octubre, de Contratos del Sector Público	PP	Comienza en Madrid el Modelo PFI (<i>Private Finance Initiative</i>)
2008	PSOE		PP Consejero J.José Güemes	Decreto 24/2008 de 3 Abril. Establecimiento de Régimen Jurídico y Funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud. Decreto 22/2008, de 3 de abril. Establecimiento de la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, en el que se elimina la DG de Salud Pública y el I de S. Pública, redistribuyendo sus competencias
2009	PSOE	Inicio de la Crisis Económica	PP	Ley 6/2009, 16 de noviembre (BOCM, núm. 274 de 18 nov) sobre libertad de elección. Modifica Ley 12/2001 y organiza el territorio en un Área Sanitaria Única
2010	PSOE		PP Consejero J.Fdez Lasquetty	Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid

Año	ESPAÑA		C. MADRID	
	Gobierno	Hecho	Gobierno	Hecho
2011	PSOE	Ley 33/2011, de 4 Oct, General de Salud Pública. Rodríguez Zapatero convoca elecciones anticipadas en noviembre 2011. Gana el Partido Popular	PP	Decreto 112/2012, nueva estructura orgánica de la Consejería de Sanidad Proyecto de ley presupuestos para 2013 - Privatización 6 hospitales y 27 centros de salud
2012	PP	Real Decreto-ley 16/2012 sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS.	PP (Dimisión en sep. Pte. E. Aguirre)	
2014	PP		PP Consejero J. Rodríguez	Dimisión del Consejero de Sanidad. J. Fdez-Lasquetty
				Decreto 23/2014, nueva estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud

Fuente: elaboración propia.

El presente trabajo de tesis se centrará en el periodo transcurrido después del traspaso de las competencias, con especial atención a la etapa que se inicia en 2003, cuando Esperanza Aguirre asume la Presidencia de la Comunidad de Madrid.

Durante las más de dos legislaturas que Esperanza Aguirre ha ostentado la Presidencia de la Comunidad, la Consejería de Sanidad ha estado encabeza por 3 Consejeros: Manuel Lamela (2003-2007); Juan José Güemes (2007 - 2010) y Javier Fernández-Lasquetty (2010-2014), cuyo último periodo transcurrió bajo la Presidencia de González (Mengual, 2014). En este periodo se han producido reformas organizativas y de gestión en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid que afectan a la atención primaria y a la especializada, que serán expuestas en los siguientes epígrafes.

El Gobierno de la Comunidad impulsó, sobretudo bajo el mandato de Aguirre, medidas y decisiones que intentaban mejorar la gestión de las prestaciones. Estas medidas tenían como objetivo optimizar recursos, introduciendo nuevos modelos de gestión y manteniendo al mismo tiempo la financiación pública, concertando con diferentes actores (públicos o privados) el suministro de los servicios. En marzo de 2013 la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad dictó una resolución por la que se hizo pública la convocatoria para la licitación del contrato de servicios en 6 hospitales de la Comunidad: Hospital Universitario Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes),

Hospital Universitario Infanta Cristina (Parla), Hospital Universitario Infanta Leonor (Vallecas), Hospital del Sureste (Arganda del Rey), Hospital del Henares (Coslada) y Hospital del Tajo (Aranjuez) (Múñiz, 2014). Todos ellos fueron construidos e impulsados bajo la Administración de Aguirre como respuesta a los compromisos electorales adquiridos durante su primera campaña. Sin embargo, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid suspendió cautelarmente la resolución que habilitaba la gestión por concesión del servicio público en estos hospitales. La crispación generada y la decisión del tribunal provocaron la dimisión del Consejero Fernández-Lasquetty (Múñiz, 2014).

A continuación se profundiza brevemente en el contenido de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (España, 2001, Ley 12/2001), espina dorsal del sistema sanitario madrileño.

8.1.2 Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

El Gobierno Regional de Madrid es la autoridad responsable de la ordenación sanitaria y de la regulación de todas las acciones que tengan como objetivo el derecho de protección de la Salud, así lo establecen la Constitución Española, la Ley General de Sanidad y el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid (España, 2001, Ley 12/2001, p. 13 [preámbulo]).

El gobierno regional, avalado por la Ley 12/2002, procedió a la creación del Sistema Sanitario de la Comunidad, que se define como "el conjunto de recursos, normas, medios organizativos y acciones orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud", en él se integran todas las funciones y recursos cualesquiera que sean su titularidad, sin menoscabo de atender en todo caso a la naturaleza de los mismos (España, 2001, Ley 12/2001, p. 17 [Título II]).

Como se puede observar en el siguiente cuadro, la Ley 12/2001 ha sido modificada desde su creación, tanto desde el punto de vista organizativo como desde el punto de vista funcional. Sin embargo, la singularidad de esta ley, con sus posteriores modificaciones, se basa en la distinción entre las funciones administrativas y burocráticas y aquellas únicamente relacionadas a la prestación del servicio asistencial. Para que esto se pueda llevar a cabo establece la separación de las funciones de aseguramiento, compra y

provisión del servicio, favoreciendo de esta manera la competencia regulada en términos de calidad y eficiencia (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008, p. 1).

Cuadro 15. Modificaciones a la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

MODIFICACIONES A LA LEY 12/2001 DE ORDENACIÓN SANITARIA	
–	Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Medidas en Materia Sanitaria (BOCM de 30 de diciembre 2004).
–	Ley 3/2005, de 23 de mayo, regulación del ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario. Creación registro correspondiente. (BOCM de 14 de junio de 2005).
–	Ley 14/2005, de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, integración del Servicio Madrileño de Salud en el Instituto Madrileño de Salud, modificación y establecimiento de régimen jurídico y de funcionamiento (BOCM 31 de enero de 2005).
–	Decreto 22/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, establecimiento de la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad (BOCM 9 de abril de 2008).
–	Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de libertad de elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid (BOCM 18 de noviembre de 2009).
–	Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y Racionalización del Sector Público (BOCM 29 de diciembre de 2010).
–	Ley 4/2012, de 4 de julio, de modificación de la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2012 y de medidas urgentes de racionalización del gasto público e impulso y agilización de la actividad económica (BOCM 9 de julio de 2012)
–	Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas (BOCM 29 de diciembre de 2012).

Fuente: elaboración propia.

Entre las innovaciones de las funciones introducidas por las modificaciones a Ley, destacan:

- La función de aseguramiento: corresponde a la autoridad sanitaria que garantiza el derecho a la protección de la salud a través de la Red de Agencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid. Estas agencias se constituyen como servicio administrativo dependiente de la Consejería de Sanidad y su acción principal es la orientación efectiva del sistema sanitario hacia el ciudadano (España, 2001, Ley 12/2001, p. 31 [art.31 y 32]).
- La función de compra de servicios sanitarios: corresponde al Servicio Madrileño de Salud - SERMAS y supone la distribución del presupuesto sanitario en función de la actividad y objetos de salud (detallada más adelante).
- La función de provisión de servicios sanitarios correspondiente a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, integrada por todos los proveedores sanitarios

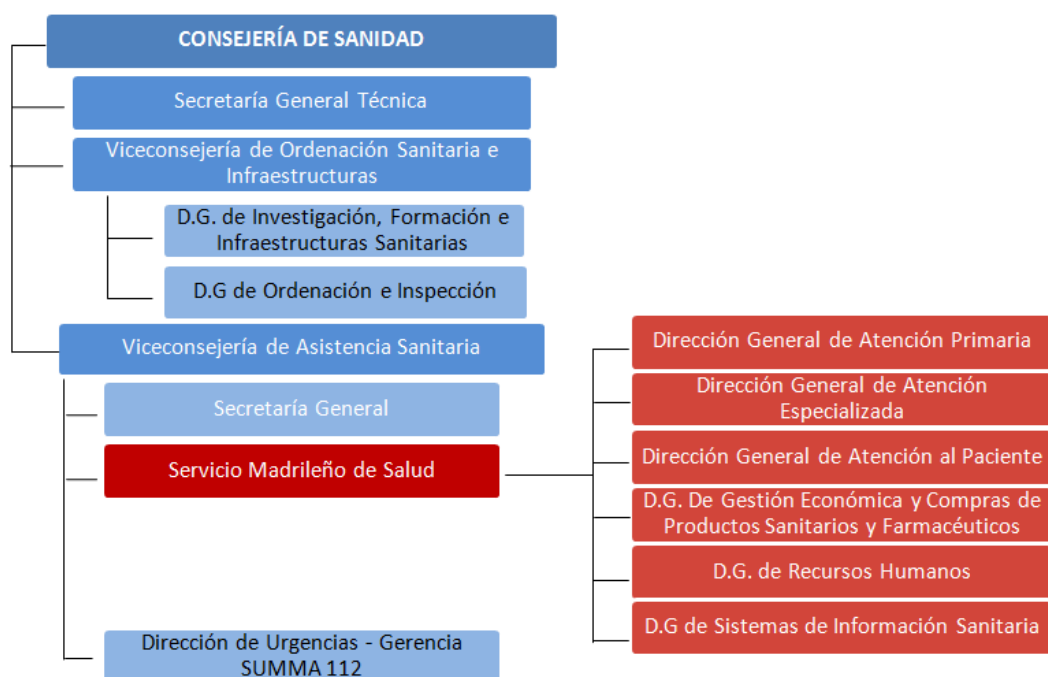
públicos dependientes de la Comunidad de Madrid y por aquellos privados o públicos que, previa acreditación o concertación, suministran todos los servicios asistenciales financiados públicamente en el Área Sanitaria Única (España, 2001, Ley 12/2001, p. 17 [art.5]).

De este modo se configura un modelo sanitario abierto, cuyo objetivo es el de situar al ciudadano en el centro del sistema, reforzando el principio de aseguramiento público, de modo que sea la demanda y no la oferta asistencial la que determina la configuración y funcionamiento del propio sistema sanitario.

8.1.3 Organización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

La separación de funciones expuestas anteriormente hace necesario definir la organización sanitaria, los órganos que asumen estas funciones y cuáles son los mecanismos de relación entre cada uno de ellos dentro del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Es por ello importante remitirse a su esquema institucional. Éste ha sido reconvertido varias veces en base a los objetivos que la Consejería de Sanidad ha querido priorizar.

La figura 44 representa el organigrama de la Consejería de la Comunidad, ya modificado por el Decreto 23/2014, de 6 de marzo, del Consejo de Gobierno, que establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud. En relación al anterior, éste se ha simplificado aún más. Los hospitales y la Agencia Antidroga de la Comunidad no estaban incluidos en la Dirección General de Atención Especializada, como lo están ahora, sino que estaban ligados a una administración institucional que dependía directamente de la Consejería de Sanidad. Este esquema permite observar con mayor claridad cómo se configura el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid e identificar la ubicación del Servicio Madrileño de Salud

Figura 44. Organigrama de la Consejería de la Comunidad de Madrid.

Fuente: España, CAM, Consejería de Sanidad.

a. Consejería de Sanidad.

En la parte superior del organigrama (figura 44) se encuentra la Consejería de Sanidad, que es la autoridad sanitaria responsable de la dirección y ejecución de la política del Gobierno de Madrid en materia sanitaria, a ella le corresponde también la coordinación sanitaria. En el art. 9 de la Ley 12/2001 se pueden encontrar definidas todas sus competencias, entre las que destacan: la determinación de los criterios, directrices y prioridades de la Política Sanitaria; el establecimiento de los criterios de Planificación Sanitaria; la aprobación del Plan de Salud y del Informe de Estado de Salud de la Comunidad de Madrid y el establecimiento de normas/criterios de actuación en cuanto a la acreditación de centros y servicios. Entre las funciones (descritas en el art.12 de la Ley 12/2001) que le corresponden: "la normativa en materia de organización del Sistema Sanitario, Salud Pública y de ordenación farmacéutica"; "la autorización de apertura, modificación y cierre de centros..."; "definición de estándares y mecanismos de acreditación para centros, establecimientos y servicios sanitarios".

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid cuenta con una Secretaría General Técnica, que depende del Consejero de Sanidad y que le ofrece apoyo jurídico y técnico durante los procesos de tramitación de procedimientos o elaboración de propuestas de resolución en materia sanitaria. La Consejería se ha dotado también de dos Viceconsejerías: la Viceconsejería de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras y la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria. La primera está subdividida en dos Direcciones Generales: la de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias y la de Ordenación e Inspección. Esta Viceconsejería posee aquellas competencias referidas a actuaciones en materia de ordenación sanitaria, proponiendo regulación sobre la ordenación del sistema sanitario. Coordina también las actuaciones en materia de autorización, acreditación, evaluación e inspección del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. La segunda Viceconsejería tiene su propia Secretaría General y bajo ella se encuentra la Dirección de Urgencias-Gerencia Summa 112, que es el servicio de emergencias de la Comunidad de Madrid, y el Servicio Madrileño de Salud, en que se profundiza a continuación.

b. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

El Servicio Madrileño de Salud se enmarca dentro del sistema sanitario bajo la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria. Sustituye al extinguido Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid, creado por la Ley 9/1984, de 30 de mayo, recogiendo todas las funciones, centros y servicios de éste. El Decreto 24/2008 define la naturaleza del SERMAS como un ente de derecho público y lo dota de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para alcanzar el cumplimiento de sus fines. El artículo 3 de este decreto anuncia que con carácter general, y de acuerdo con el art. 79.2 de la Ley 12/2001, el Servicio Madrileño de Salud actuará sujeto al derecho privado, pero se someterá al derecho público cuando pueda ejercer, ya sea por atribución directa o de delegación, potestades administrativas.

Así como se describe en el Informe Anual del SNS 2008 - Madrid (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008, p.3), el Servicio Madrileño de Salud tiene como objetivo contribuir a la organización y ordenación de las actuaciones en materia sanitaria que competen a la Comunidad de Madrid y sus funciones están dirigidas a una atención

integral de la salud en cada ámbito asistencial, preservando los derechos de la protección de la salud y estableciendo medidas para garantizar la calidad de los servicios sanitarios.

Éste integra todos los recursos presupuestarios públicos destinados a la asistencia sanitaria en la Comunidad, separando las funciones de prestación de servicios de centros sanitarios de las funciones de asignación presupuestaria, vinculadas a los objetivos de salud. Como ya se ha adelantado anteriormente, entre las actuaciones que realiza el Servicio Madrileño de Salud destaca la de función de compra de servicios sanitarios, otorgando a este órgano la distribución del presupuesto sanitario. En comparación con otros modelos sanitarios de otras Comunidades Autónomas la función de compra en la Comunidad de Madrid ha tenido un desarrollo singular, ya que conecta la citada función con las necesidades de salud de la población (España, 2001, Ley 12/2001, p.5 [preámbulo]). La autoridad sanitaria elabora anualmente un Informe del Estado de Salud de la Población, lo que permite introducir la planificación en la función de compra a través del Plan de Servicios Cuatrienal y del Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios, que, de acuerdo con el Informe de Estado de Salud de la Población, deben establecer los objetivos de Salud, determinar las actividades que se han de desarrollar para alcanzar dichos objetivos y definir los contratos sanitarios con los proveedores de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública (España, 2001, Ley 12/2001, p.5).

Es necesario resaltar que en la ordenación funcional de la asistencia sanitaria, además de la gestión de la red asistencial de titularidad pública, el sistema está abierto a la colaboración e integración del sector privado dentro de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública. Esta colaboración se hace posible a través de una acreditación previa, instrumento funcional del sistema que en la Comunidad de Madrid permite alcanzar una ordenación hospitalaria óptima, posibilitando una adecuada coordinación y complementariedad en los servicios a los ciudadanos.

Además de la distribución del presupuesto en función de las actividades y objetivos de salud, también le compete el reparto de los recursos económicos relacionados con la financiación de los servicios y prestaciones (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008, p.2). El Servicio Sanitario de Salud - SERMAS también es el responsable de la planificación y gestión de políticas de recursos humanos referidas al personal sanitario y puede determinar acuerdos, convenios, conciertos o fórmulas de gestión

integrada o compartida, promover la constitución de consorcios para un mejor ejercicio de sus funciones (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008, p.3).

El Servicio Madrileño de Salud - SERMAS se subdivide en varias direcciones generales: Dirección General Atención Primaria; Dirección General de Atención Especializada; Dirección General de Atención al Paciente; Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos; Dirección General de Recursos Humanos y Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Esta sería la última modificación llevada a cabo mediante el Decreto 23/2014, que reorganizó la estructura del Servicio Madrileño de Salud, donde la Dirección General de Hospitales se suprime y pasó a denominarse Dirección General de Atención Especializada. También se ha suprimido la Dirección General de Seguimiento y Control de los Centros Sanitarios de Gestión Indirectas, asumiendo las competencias la Dirección General de Asistencia Especializada y la Dirección General de Gestión Económica (España, 2014, Decreto 23/2014).

8.1.4 Organización territorial del Servicio Madrileño de Salud - SERMAS.

La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de asistencia sanitaria. Cada comunidad autónoma ha constituido un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad.

El SERMAS se organizaba hasta el 15 de octubre de 2010, tanto funcionalmente como territorialmente, en 11 áreas sanitarias, debido a la elevada población de Madrid y con el objetivo de distribuir y gestionar la asistencia sanitaria de una forma más efectiva. En el Art.56 de la Ley General de Sanidad de 1986 se definieron las áreas de salud como estructuras fundamentales del sistema sanitario con una dirección, gestión y administración que garantizaba la realización de todas las actividades de la atención primaria y especializada. Cada área sanitaria se dividía en zonas básicas con sus correspondientes equipos de atención primaria, contando con una gerencia de atención primaria y una de atención especializada. Asistían a una población de entre 200.000 y 250.000 habitantes, contando, como mínimo, con un hospital de referencia, público o privado-concertado. Cada equipo de atención primaria atendía entre 5.000 y 25.000

habitantes que no tardaba más de 30 minutos en acceder al mismo (Gallego et al., 2003, p. 104).

Tabla 16. Estructura sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.

ESTRUCTURA SANITARIA del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en AP		
Año	2010	2011
Zonas Básicas de Salud	310	310
Direcciones Asistenciales	-	7
Áreas de Salud	11	1
NORMA REGULADORA: Decreto		
ÓRGANO COMPETENTE PARA LA ORDENACIÓN SANITARIA: Consejo de Gobierno a propuesta de la Consejería con competencias en materia de Sanidad		

Fuente: España, Instituto de Ordenación Sanitaria (2011).

Con la aprobación del Decreto 52/2010, sobre el establecimiento de las estructuras básicas sanitarias y directivas de la Atención Primaria del Área Única de Salud en la Comunidad de Madrid, se ha pretendido promover un cambio en la organización territorial, transformando el modelo organizativo de meramente territorial a otro más funcional, con el fin de renovar las estructuras de gestión y hacer efectivo el derecho a la libertad de elección, eliminando así las barreras burocráticas que lo limitaban. A través de este decreto se establecen las estructuras básicas sanitarias: la zona básica de salud y el centro de salud.

En cuanto a los órganos directivos de la Atención Primaria del Área Única de Salud, destaca la Gerencia de Atención Primaria, que es el órgano de dirección de esta nueva estructura y cuyo titular coincide con el de la Dirección General de Atención Primaria. De la Gerencia de Atención Primaria dependen tres gerencias adjuntas, dedicadas a la asistencia sanitaria, la planificación y calidad y a la gestión y servicios generales. De la Gerencia Asistencial dependen siete direcciones asistenciales, cada una de las cuáles ejerce una responsabilidad directa sobre las zonas básicas de salud y los cerca de 400 centros de salud de la región (España, 2010, Decreto 52/2010, p. 3).

Cuadro 16. Mapa de referencia para la Atención Primaria.

PROVINCIA	ÁREA DE SALUD		
Madrid	2004 - 2010	2011 - 2013	
	Área 1	Dirección Asistencial Centro	
	Área 2	Dirección Asistencial Este	
	Área 3	Área Sanitaria Única	Dirección Asistencial Noroeste
	Área 4	Dirección Asistencial Norte	
	Área 5	Dirección Asistencial Oeste	
	Área 6	Dirección Asistencial Sur	
	Área 7	Dirección Asistencial Sureste	
	Área 8		
	Área 9		
	Área 10		
	Área 11		

Fuente: España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).

Con esta nueva organización se pretende favorecer una mayor eficiencia y equidad en el sistema, haciendo posible además la libertad de elección tanto del médico y del enfermero, como del pediatra en la atención primaria y del hospital en la atención especializada, ya aprobada en la Ley 6/2009 de 16 noviembre, de la Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Cuadro 17. Normativa - Ordenación Territorial Sanitaria de la C. Madrid.

ORDENACIÓN TERRITORIAL SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID NORMATIVA
<ul style="list-style-type: none"> – Decreto 77/1985, de 17 de julio, (BOCM nº 182, de 2 de agosto) aprobación provisional de la zonificación de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. – Decreto 19/1988, de 9 de marzo, (BOCM nº 64, de 16 de marzo) deroga la anterior zonificación y por Decreto 117/1988, de 17 de noviembre, (BOCM de 24 de noviembre) se aprueba definitivamente la zonificación en base a Áreas de Salud, definidas en función de Distritos Sanitarios y Zonas Básicas de Salud. – Decreto 187/1998, de 5 de noviembre, (BOCM nº 275, de 19 de noviembre) por el que se aprueba la actualización de la zonificación sanitaria de la Comunidad y establece la distribución en Zonas Básicas, Distritos Sanitarios y 11 Áreas de Salud. – Ley 6/2009, de 16 de noviembre, (BOCM nº 274, de 18 de noviembre) de Libertad de elección en la Sanidad de Madrid. Modifica la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, y organiza el territorio de la comunidad de Madrid en un Área Sanitaria Única. – Decreto 52/2010, de 29 de julio, (BOCM nº 189, de 9 de agosto) establece en el Área Única de Salud como estructuras básicas las Zonas Básicas de Salud, siendo éstas el marco territorial de la atención primaria donde desarrolla su actividad sanitaria el centro de salud.

Fuente: elaboración propia.

a. La Asistencia Hospitalaria en la Comunidad de Madrid.

La estructura hospitalaria madrileña data de los años 60, cuando el Instituto Nacional de Previsión decidió ubicar en el casco urbano de la ciudad hospitales que cubrieran la demanda de salud de la población. Veinte años después, debido al crecimiento demográfico, estos hospitales no podían hacer frente a la alta demanda y, ante la escasez de recursos, se puso en marcha la creación de cuatro hospitales en la periferia de Madrid: el Hospital General de Móstoles, el Hospital Severo Ochoa de Leganés, el Hospital de Getafe y el Hospital Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008, p. 4).

Con anterioridad a la aprobación del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid en 1983, el gobierno regional tenía ya a su cargo el Hospital Gregorio Marañón, el Hospital Rodríguez Lafora y el Hospital Virgen de la Poveda, provenientes de la extinta Diputación Provincial; en 1986 se incorporaron también a la red pública de hospitales del sistema sanitario madrileño el Hospital de El Escorial, el Hospital de Cantoblanco, el Hospital de Guadarrama, el Hospital Psiquiátrico de Leganés, el Hospital de La Princesa y el Hospital Niño Jesús (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008, p. 5). La incorporación de algunos de estos centros supuso para la Comunidad de Madrid la asunción de diferentes formas de gestión, conciertos y convenios que el INSALUD conservaba con algunos de estos hospitales. Por tanto, es posible afirmar que la Comunidad de Madrid, incluso antes del traspaso de las competencias sanitarias, poseía una red hospitalaria en la que convivían diferentes formas de gestión en la función de provisión y aseguramiento público (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008, p. 5).

Además de la situación anteriormente descrita, en los años 80 la gestión pública sanitaria comenzó a advertir problemas de eficiencia, lo que motivó la necesidad de un cambio, provocado principalmente por la necesidad de contener el gasto sanitario. Los hospitales del INSALUD iniciaron entonces un periodo de adaptación a partir de 1985, se promovió la formación de equipos directivos, implantándose procesos y técnicas gerencialistas (Martín Martín, 2013, p. 4). A principios de los 90 el gobierno nacional, en manos del PSOE, impulsó la elaboración de un informe, el Informe Abril (1991), donde por primera vez se dejó entrever una primera reforma del sistema, que, desde sus primeros años de vida, acuciaba problemas sustanciales. Este informe intentó plantear la separación de las

funciones de financiación, compra y provisión del servicio, cuyo objetivo era la búsqueda de una mayor flexibilidad en la gestión, aunque su acogida no fue bienvenida (Criado, 1991).

Más tarde, en 1994, se aprobó la Ley de Fundaciones que en su artículo 6.4 establece: "las personas jurídicas tendrán capacidad para constituir fundaciones, salvo que sus normas reguladoras establezcan lo contrario". Dicha Ley se usó posteriormente como nueva fórmula de gestión en la sanidad pública española. En la Comunidad Madrid, por ejemplo, el Hospital Fundación de Alcorcón se estableció bajo dicha fórmula jurídica en 1998.

En 1997, después de que el Partido Popular ganara las elecciones generales, se sancionó la Ley 15/1997 sobre la habilitación de nuevas formas de gestión del Servicio Nacional de Salud (SNS). Esta ley posibilitó la gestión indirecta de los servicios sanitarios a través de modelos de colaboración público-privada. A nivel nacional se han desarrollado principalmente dos fórmulas de colaboración: las concesiones de obra pública, o el también denominado modelo PFI (*Private Finance Initiative*), y las concesiones sanitarias administrativas, también denominadas experiencias modelo Alzira (Martín Martín, 2013, p. 5).

Como ya se ha anticipado anteriormente en la descripción de los sistemas sanitarios europeos (Capítulo 3), recordar que la concesión de obra pública o PFI (*Private Finance Initiative*) es un contrato administrativo regulado en España por la Ley 13/2003 de Concesiones de Obra Pública, manteniendo esta naturaleza en la vigente Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (España, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008, p. 7). Se trata de un modelo surgido a finales del siglo XX para posibilitar la participación del sector privado en la financiación y gestión de proyectos que impliquen una fuerte inversión y la gestión futura de un servicio público. La financiación y construcción del hospital corre a cuenta de una empresa privada o grupo de empresas privadas, que, durante un periodo de tiempo acordado con la administración pública, recibirá un canon anual. Dicha empresa se hace cargo de las actividades consideradas no sanitarias (servicio lavandería, cafetería limpieza, etc.), mientras que la Autoridad Sanitaria es la que contrata y gestiona el personal sanitario manteniendo así el control directo del servicio público (Sánchez Bayle, p. 20).

El modelo de Concesión Sanitaria Administrativa, o modelo Alzira, se diferencia, respecto al modelo anteriormente mencionado, en que la externalización se aplica a todas las actividades, incluidas las sanitarias. Esto significa que la asistencia sanitaria pasa a ser gestionada por una entidad privada constituida mediante una Unión Temporal de Empresas (UTE). Por tanto, con la aplicación de esta opción se produce la externalización completa de los servicios, tanto de los sanitarios/clínicos, como de aquellos que no tienen que ver directamente con la asistencia sanitaria, por ejemplo la gestión de personal no sanitario, los servicios de lavandería, cafetería, transporte interno y externo, etc. El sistema de financiación de este modelo se basa en el criterio per cápita (Sánchez Bayle, p. 22).

b. Nueva gestión hospitalaria madrileña.

La Comunidad de Madrid ha experimentado un desarrollo sin precedentes en el área de la asistencia hospitalaria, principalmente bajo los gobiernos de Esperanza Aguirre, debido a la puesta en marcha de dos planes sucesivos de construcción de hospitales, que han permitido la construcción en un breve periodo de tiempo de 11 hospitales nuevos. (Zorogastua, 2012, Apéndice D, p. 3).

El Gobierno de la Comunidad se propuso como objetivo una profunda modernización del sistema sanitario, bajo la prioridad de mejorar el rendimiento de todos los recursos a disposición y aprovechando la experiencia del sector privado en el desarrollo y la gestión de infraestructuras y servicios. Con la introducción de la separación de las funciones de financiación y de provisión de servicios, respaldada por la Ley de Ordenación 12/2001, el sistema se abrió a otro tipo de gestión, permitiendo así la entrada de proveedores privados y la oportunidad de desarrollo de un mercado interno. Para acometer la puesta en marcha de los nuevos 11 hospitales ha sido necesaria la participación de la iniciativa privada bajo modelos de colaboración público-privada.

Durante la primera legislatura de Esperanza Aguirre se construyeron 8 hospitales a través de los dos mecanismos antes mencionados: concesión de obra pública (7) y concesión administrativa (1).

La Comunidad de Madrid ha convertido el modelo PFI (*Private Finance Initiative*) en la fórmula de gestión para aquellos hospitales madrileños previstos en el Plan de

Infraestructuras Sanitarias (2004 - 2007). En este caso, la Comunidad creó 6 empresas públicas sujetas al derecho privado para la gestión de servicios clínicos y sanitarios (Martín Martín, p. 17). El contrato por concesión de obra pública o PFI fue adoptado por los siguientes centros:

- Hospital Infanta Cristina (Parla).
- Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes).
- Hospital Sureste (Arganda del Rey).
- Hospital del Henares (Coslada).
- Hospital del Tajo (Aranjuez).
- Hospital Infanta Leonor (Vallecas).
- Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda.

Durante el periodo 2007 - 2011 se construyeron otros 4 hospitales, con el objetivo de potenciar la modernización de la red hospitalaria comenzada en la anterior legislatura por el gobierno de la Comunidad. Dichos centros se acogieron a la fórmula de concesión administrativa (Modelo Alzira):

- Hospital Infanta Elena (Valdemoro).
- Hospital de Torrejón (Torrejón).
- Hospital Juan Carlos I (Móstoles).
- Hospital Collado Villalba (Collado Villalba).

Durante este periodo se prometió también construir un hospital en Carabanchel que, finalmente, no pudo llevarse a cabo. Para subsanar este hecho, la Comunidad de Madrid estableció un acuerdo con el Hospital Militar Gómez Ulla que, aunque seguirá perteneciendo al Ministerio de Defensa, facilitará asistencia sanitaria con su propio personal a todos los madrileños (Serrano, 2010).

8.2. El Sistema Sanitario de la Región de Lombardía.

8.2.1 Introducción - Hacia un sistema sanitario regional.

El inicio del Sistema Sanitario de la Región de Lombardía coincide con la aprobación de la Ley Nacional 833/78, que - además de transformar el precedente sistema italiano

basado en mutuas en uno aparentemente afín al *National Health Service* británico¹⁰⁰- establece la base de la organización del sistema sanitario en un organismo territorial, otorgando al conjunto de los diferentes niveles de gobierno, regiones y ayuntamientos la posibilidad de organizar su propio sistema en torno a las Unidades Sanitarias Locales (*Unità Sanitaria Locale*). Tal y como se ha expuesto en el Capítulo 3, hasta la implementación de las reformas sanitarias de los años 90, este fue el ente mediante el cual se producían, suministraban y controlaban todas las prestaciones sanitarias de prevención, cura y rehabilitación necesarias para la población del territorio de competencia (Pelissero, 2009, pp. 1-3). Sin embargo, la Ley 833/78 no definió la naturaleza jurídica de las USL - Unidades Sanitarias Locales ni tampoco su organización funcional, lo que provocó que el instrumento de base de la organización sanitaria (USL) se encontrara en una situación de indeterminación, situación que aprovecharon regiones y ayuntamientos para alcanzar una amplia autonomía (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 51). Tanto las regiones que definieron el funcionamiento de las USL - Unidades Sanitarias Locales como los ayuntamientos que pasaron a ser, trámite las USL, el centro de gestión de la sanidad se organizaron siguiendo sus propios criterios (Cuocolo y Candido, 2013, p. 3). Esta situación estimuló la constitución de sistemas sanitarios regionales consecuentemente diferentes.

En los años 90 se hizo inevitable adoptar nuevas reformas que precisaran la relación entre el Estado y las regiones en materia sanitaria. Con el Decreto Legislativo 502/92 se introdujo la reforma conocida como "Reforma de Lorenzo-Garavaglia" (Brugnoli, 2008, p. 12) cuya característica más importante fue la redefinición de las USL - Unidades Sanitarias Locales, mediante la regionalización y la empresarización del servicio sanitario. A partir de 1992 las USL - Unidades Sanitarias Locales cambian de denominación a ASL (*Azienda Sanitaria Locale* - Empresa Sanitaria Local), que será definida como el ente instrumental de la región y no de los ayuntamientos (Cuocolo y Candido, 2013, p. 5). Además, este ente adquiere lógicas empresariales en su gestión asumiendo las características propias de una empresa. Se crea así una división entre la programación sanitaria y la gestión de la sanidad; las ASL - Empresas Sanitarias Locales pasan a ser gestionadas por directores bajo criterios empresariales (Brugnoli 2008, p. 12).

¹⁰⁰ El Profesor Pelissero (2009, p.2) puntualiza que, mientras el modelo británico es centralista y unificador, la reforma sanitaria italiana llevada a cabo con la aprobación de la Ley 833/78 introduce un giro regionalista en la organización territorial del sistema sanitario, ocasionando el nacimiento de 20 sistemas sanitarios diferentes.

De igual manera, los entes hospitalarios públicos se constituyen en *Aziende Ospedaliere* (AO - Empresas Hospitalarias). Se introduce a nivel nacional una nueva relación público-privada que se basa en un principio de paridad entre todos los proveedores públicos y privados; estos últimos acceden al sistema público mediante un mecanismo de acreditación, introduciéndose así la competición. Se establece también el pago por prestación (por actividades de cuidados y rehabilitación), sustituyendo el precedente sistema de pago por costes.

La transformación en empresas y el pago por prestación representan las dos innovaciones originales en el contexto de los sistemas sanitarios de tipo *Beveridge* (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 56). Esta primera reforma, llevada a cabo bajo el gobierno de D'Amato, representa el punto de partida de todo el proceso, completándose así la regionalización de la gestión del Servicio Sanitario Nacional (SSN)¹⁰¹ (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 55).

Años más tarde se aprueba el Decreto Legislativo 229/99, también conocido como "Reforma Bindi" (Brugnoli, 2008, p.12), que integra y modifica el decreto precedente intentando reconducir el sistema hacia una visión más centralista y a reforzar el oligopolio público, reduciendo los elementos de competitividad introducidos con la normativa previa (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 57). En realidad, este decreto, introducido por el gobierno de D'Alema, subraya la necesidad de acelerar el proceso de empresarización de los proveedores públicos, introduciendo la libertad de elección del ciudadano a la hora de decidir dónde y por quién quiere ser tratado; pero también introduce limitaciones, siendo quizás la más destacable la referida a la actividad liberal de los médicos: se les pide elegir entre la dedicación exclusiva al servicio sanitario público o la dedicación a la profesión liberal, lo que, en principio, les excluye del servicio sanitario (Brugnoli, 2008, p. 13).

Por último, es necesario destacar la Reforma del título V de la Constitución Italiana aprobada con la Ley Constitucional n. 3 de 18 de octubre de 2001, como elemento jurídico que dota a las regiones de una posterior autonomía en materia sanitaria. Anteriormente a esta modificación las regiones debían acordar previamente con el gobierno central los principios fundamentales sobre los que podían legislar (Cuocolo 2013, p. 8). Sin embargo, a partir de la aprobación de esta reforma, las regiones ejercerán sus propias

¹⁰¹ Servicio Sanitario Nacional (SSN - *Servizio Sanitario Nazionale*) es el nombre que recibe en Italia el propio sistema nacional de salud.

competencias normativas en materia sanitaria respetando los LEA¹⁰² (Niveles Esenciales de Asistencia), introducidos con la "Reforma Bindi", como elementos centralizadores garantes de los derechos de todos los ciudadanos en el territorio nacional.

Cuadro 18. Normativa Nacional en Materia Sanitaria.

NORMAS NACIONALES	
Ley 23 diciembre 1978, n. 833, sobre el Servicio Sanitario Nacional	Institución del Servicio Nacional de Salud
Decretos Legislativos 502/92 sobre la reordenación de la disciplina en materia sanitaria	Regionalización Fondo Sanitario Nacional Transformación en empresas de los entes proveedores públicos (ASL) Transferencia de las competencias de gestión a nivel regional Pago por prestación Acreditación: reorganización de entes proveedores públicos
Decreto Legislativo 229/99	Programación. Fondos integrativos Libertad de elección Acreditación y contrato de privados Niveles esenciales de asistencia (LEA) Nueva relación del trabajo de los médicos
Ley Constitucional número 3 del 2001, "Modificación al Título V de la parte segunda de la Constitución"	Potestad legislativa exclusiva para las regiones en determinadas materias, entre ellas la asistencia y organización sanitaria

Fuente: elaboración propia.

En la Región de Lombardía el proceso de reforma se ha desarrollado a través de la Ley Regional 31/97 y sus sucesivas modificaciones e integraciones, consolidándose en el texto único de las leyes en materia sanitaria (Italia, 2009, Ley Regionale 33/2009) que se verá con detalle en el siguiente epígrafe.

Cuadro 19. Cronología. Hechos relevantes y legislación sanitaria.

CRONOLOGÍA. HECHOS RELEVANTES Y LEGISLACIÓN SANITARIA

¹⁰² LEA (*Livelli Essenziali di Assistenza* - Niveles Esenciales de Asistencia): Son el conjunto de prestaciones y servicios que el Servicio Sanitario Nacional (SSN) Italiano debe garantizar a todos los ciudadanos de forma gratuita o en co-participación con los ciudadanos.

Año	ITALIA		R. LOMBARDÍA	
	Gobierno	Hecho	Gobierno	Hecho
1978	Gobierno de coalición (Giulio Andreotti – DC)	Creación Servicio Sanitario Nacional. Ley 23 dic 1978, n.833	Democracia Cristiana (Cesare Golfari)	Ley 23 dic 1978, n.833
1992	Partido Socialista (Giulio D'Amato)	Decreto Legislativo 502/92 'Reforma de Lorenzo-Garvaglia'	Democracia Cristiana (G. Giovanzana)	
1995	Gobierno Técnico (Lamberto Dini)		<i>Polo per le Libertà</i>	Roberto Formigoni gana las elecciones regionales
1997	Gobierno de coalición (Romano Prodi - L'Ulivo)		<i>Casa della Libertà</i> (Roberto Formigoni)	Ley Regional 31/97. Punto de partida del Sistema Sanitario Lombardo
1999	Democráticos de Izquierda (Massimo D'Alema)	Decreto Legislativo 229/99 'Reforma Bindi'	<i>Casa della Libertà</i> (Roberto Formigoni)	
2001	<i>L'Ulivo</i> (G. Amato)	Ley Constitucional 10 nov 2001 'Reforma del Título V'	<i>Forza Italia</i> (Roberto Formigoni)	
2008	<i>Forza Italia</i> (Silvio Berlusconi)		<i>Forza Italia</i> (Roberto Formigoni)	Ley regional 3/2008 Gobierno de la red de la unidad de oferta socio-sanitaria
2009	<i>Popolo della Libertà</i> (Silvio Berlusconi)		<i>Popolo della Libertà</i> (Roberto Formigoni)	Ley regional 33/2009. Texto único de las leyes regionales en materia sanitaria. Deroga Ley Regional 31/97

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en el cuadro anterior, desde la aprobación de la Ley 33/78, que sienta las bases del Servicio Sanitario Nacional, en Italia se han sucedido numerosos gobiernos, tanto técnicos como elegidos por los ciudadanos. En la citada figura no se han incluido la totalidad de estos gobiernos nacionales, sino tan sólo aquellos que han llevado a cabo actos y/o normativas relevantes para el presente estudio.

Esta consecución de gobiernos muestra los problemas que han marcado la vida política italiana en los últimos decenios del siglo XX y principios del XXI y que, como consecuencia, han transmitido cierta inestabilidad en la vida pública. Por el contrario, en la Región de Lombardía el presidente Roberto Formigoni ha estado al frente de la misma durante casi 4 legislaturas (cada una de ellas de 5 años de duración). La última no la llegó a completar debido a la crisis propiciada por la *Lega Nord* (Liga Norte), que le obligó a dimitir después de 17 años en el poder, concretamente el 26 de octubre de 2012 (Giennattasio y Senesi, 2012).

Este estudio se centra en esos 17 años de gobierno, que coinciden con la aprobación de la Ley Regional 31/97 impulsada por el Presidente Roberto Formigoni y su puesta en marcha por el que durante 10 años fue Consejero de Sanidad en la Región (1995 - 2005), Carlo Borsani. En los 7 años siguientes se sucedieron 2 consejeros: Alessandro C'è (Liga Norte - abril 2005 a marzo 2007) y Luciano Bresciani (Liga Norte - marzo 2007 a octubre 2012). Ambos fueron pactados con la Liga Norte, ya que eran necesarios acuerdos políticos para encontrar apoyos que permitieran gobernar al Presidente Roberto Formigoni.

En los siguientes epígrafes se expone cómo se ha configurado el sistema sanitario lombardo en este periodo y cuáles son sus peculiaridades. Aclarar que, aunque no se podrá profundizar en esta investigación, el actual gobierno regional de Lombardía, con el Presidente Roberto Maroni (Liga Norte) al frente, ha publicado en junio de 2014 "El libro blanco sobre el desarrollo del sistema socio-sanitario en Lombardía", como antesala de una propuesta para una nueva reforma del sistema. Destacar que los aspectos más importantes como son la libertad de elección del ciudadano y la división de las funciones clave (programación, provisión de las prestaciones y control) son respetados en ese borrador como particularidad cultural y social de la Región de Lombardía.

8.2.2 La Ley Regional 31 del 11/07/1997, "Normas para la reordenación del servicio sanitario regional y su integración con las actividades de los servicios sociales".

En la Región de Lombardía el proceso de reforma se ha desarrollado a través de la Ley Regional 31/97 y mediante sucesivas modificaciones e integraciones; finalmente se ha consolidado en el texto único de las leyes en materia de sanidad con la aprobación de la Ley Regional 33/2009.

El sistema sanitario de la Región incorpora los principios de universalidad y solidaridad y se caracteriza por fundamentarse en un sistema mixto público-privado, en el que se ha permitido la presencia de proveedores privados con la condición de una programación centralizada como instrumento de gobierno (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 59). La sanidad ha sido la política pública más célebre llevada a cabo por la Región de Lombardía, configurando un modelo basado fundamentalmente en dos pilares: la libertad de elección del ciudadano y la plena paridad de condiciones de los actores que participan en el sistema a través del método de acreditación (Italia, Istituto Regionale de Ricerca [IRER], 2010,

p.104). Sin embargo, de estos dos pilares, el fundamento clave sobre el que gira el espíritu de la reforma (aplicada con la Ley Regional 31/97) es la consagración del derecho de libertad de elección del paciente, al que se le permite elegir entre diferentes estructuras, ya sean públicas o privadas, sin que eso signifique un coste adicional para el ciudadano.

Para que la aplicación de este principio fuera posible se han necesitado afrontar dos desafíos. En primer lugar, la separación de las funciones de compra y de provisión de las prestaciones; las funciones de compra son llevadas a cabo por las ASL- Empresas Sanitarias Locales¹⁰³ y las de provisión por las AO¹⁰⁴- Empresas Hospitalarias, ambas están dotadas de una autonomía jurídica, económica y financiera propia, así como se establece en el Decreto Legislativo n. 502 de 1992 (Italia, 2012, Declaración del Presidente Formigoni, p. 4).

Es importante recordar que la Empresa Sanitaria Local (ASL), tal y como se concibe en el Sistema Sanitario Nacional de Italia, presenta un conflicto, dado que es la que produce y provee el servicio sanitario y también la que controla su calidad. Es decir, la ASL- Empresa Sanitaria Local es el sujeto donde se concentran las principales funciones, favoreciendo así un modelo rígido centralizado y monopolista (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 58). Para evitar este problema, la Región de Lombardía ha separado las funciones asignadas a las ASL-Empresas Sanitarias Locales. Éstas no proveerán ninguna función asistencial directa, sino que serán asumidas por las AO-Empresas Hospitalarias públicas o privadas, sometiéndose ambas a un mismo sistema de acreditación controlado por la Región y por la ASL-Empresa Sanitaria Local de referencia, así como también a un mismo sistema de control operado a través de los núcleos operativos de Control - NOC¹⁰⁵ (Italia, 2007, *Bullettino Ufficiale della Regione Lombardia [BURL]*). De esta manera, la Región de Lombardía puede garantizar una equiparación real entre lo público y lo privado, permitiendo al ciudadano ejercer su derecho de elección (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 60). En conclusión, se puede subrayar que las ASL-Empresas Sanitarias Locales sólo conservan las funciones de programación, compra y control (y no la de provisión

¹⁰³ Ente instrumental a través del cual la Región produce, provee y controla todas las prestaciones sanitarias de prevención, asistencia primaria, asistencia especializada y hospitalaria, así como las de rehabilitación (Pelissero 2009, p.2).

¹⁰⁴ Estructura hospitalaria que suministra servicios de asistencia especializada así como gestiona ingresos de pacientes.

¹⁰⁵ Sistema de control y verificación de coherencia respecto a los LEA de las prestaciones previstas por las AO tanto públicas como privadas

directa del servicio), y, además, tanto las estructuras públicas como las privadas se someten a los mismos procedimientos de acreditación y control.

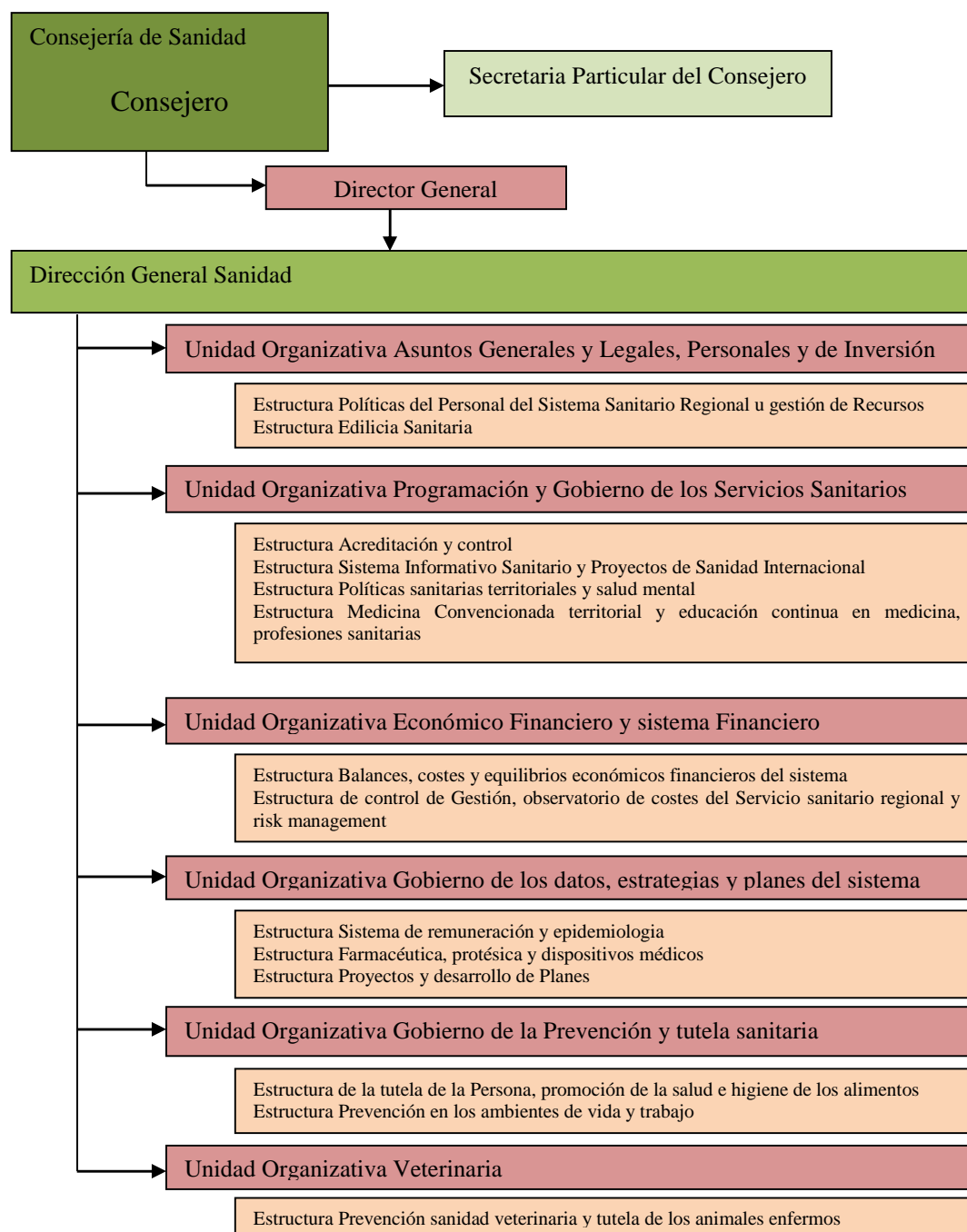
En segundo lugar, la Región de Lombardía ha hecho posible la creación de una organización sanitaria capaz de dar un poder efectivo a los usuarios del sistema, asegurando tanto a las AO-Empresas Hospitalarias públicas como a las privadas acreditadas percibir, trámite la ASL-Empresa Sanitaria Local, una misma remuneración por las prestaciones suministradas. Para ello la Región de Lombardía adoptó una tarifa única, siguiendo el modelo de los DRG (*Diagnosis Related Group*) estadounidenses (Declaración del Presidente R. Formigoni, 2012). Esta decisión ha supuesto que en la Región de Lombardía exista una competencia real de todos los proveedores, exigiendo a las estructuras privadas acreditadas activar los mismos servicios y funciones que los hospitales públicos (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 61).

Por tanto, es posible afirmar que el modelo sanitario lombardo nace con esta Ley cuyo punto principal es la libertad de elección del ciudadano. Para alcanzar este objetivo ha organizado el sistema de forma que en éste se dé lugar una equiparación real entre lo público y lo privado y, además, ha separado las funciones de provisión, compra y control de las prestaciones sanitarias.

8.2.3 Organización del Sistema Sanitario Lombardo.

En este epígrafe se describe cómo se organiza el Sistema Sanitario de la Región de Lombardía, identificando aquellos órganos y entes que la componen y profundizando en sus competencias y su interacción en el sistema. La figura que se expone a continuación hace referencia al organigrama de la Consejería de Sanidad y a la Dirección General de Sanidad. Este último órgano engloba toda la actividad de la que la Consejería o *Assessorato* es garante, actuando en todas las competencias que por ley corresponden a la Región de Lombardía.

**Figura 45. Orgranigrama de la Consejería de Sanidad (*Assessorato alla Sanità*).
Dirección General de Sanidad.**



Fuente: elaboración propia a partir de Italia, Regione Lombardia, Direzione Generale di Salute.

a. Consejería de Sanidad.

El máximo representante político es el *Assessore alla Sanità* - Consejero de Sanidad, que tiene a disposición una secretaría particular de apoyo a sus funciones como Consejero. Inmediatamente subordinado a él se encuentra la Dirección General de Sanidad, subdividida en 6 unidades organizativas que, a su vez, se articulan en estructuras temáticas, constituyendo así una red capilar capaz de cubrir el sistema sanitario lombardo. Existe la figura de un Director General responsable ante el Consejero de la entera actividad llevada a cabo por cada una de las unidades organizativas y estructuras que se observan en el anterior organigrama (figura 45). Dicha figura es fundamental en la estructura, ya que supone el nexo de unión entre la decisión del Consejero y la ejecución de las políticas públicas en la materia.

Entre las funciones que desarrolla la Dirección General de Sanidad destaca la coordinación general del sistema sanitario regional. Es garante del buen funcionamiento de la red sanitaria, cuyo principal objetivo es favorecer la existencia de la oferta de servicios que deben ser provistos por las estructuras sanitarias que, cumpliendo los requisitos mínimos para asegurar la asistencia a los ciudadanos, han obtenido la acreditación socio-sanitaria. Para llevar a cabo esta tarea, además de programar y organizar el sistema sanitario, controla la calidad de los servicios provistos por las estructuras, asegurándose que se cumplan los niveles esenciales de asistencia (LEA) previstos en el acuerdo Estado-Regiones del Plan Sanitario Nacional (Italia, Regione Lombardia, Direzione Generale di Salute).

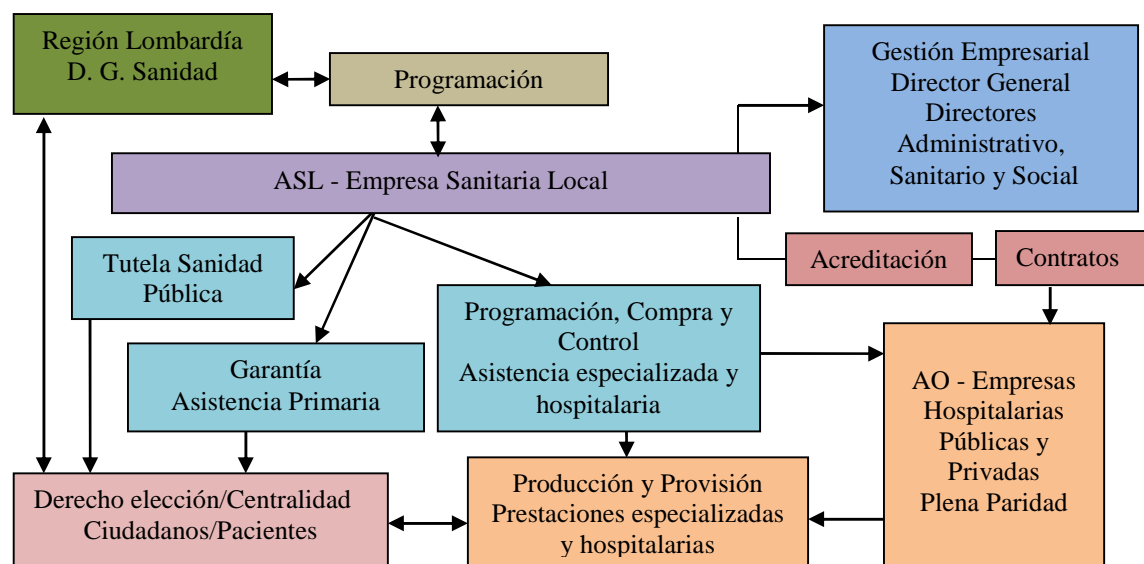
La Unidad Organizativa de Programación y Gobierno de los Servicios Sanitarios es responsable de: la definición de políticas orientadas a la estipulación de contratos entre las ASL-Empresas Sanitarias Locales y los sujetos proveedores que hayan superado los requisitos de acreditación; y de la definición de la actividad de verificación, monitoreo y control desarrollada por dichas ASL-Empresas Sanitarias Locales. Otras de las competencias de la Dirección General es la proveer, mediante el Fondo Sanitario Regional, a la remuneración de las estructuras sanitarias por las prestaciones provistas según las tarifas preestablecidas.

Tal y como se ha podido comprobar, la organización institucional sanitaria de la Región de Lombardía muestra su originalidad en aras de alcanzar su doble objetivo: la centralidad y el derecho de elección del ciudadano (Pelissero, 2009, p. 3).

b. Aziende Sanitarie Locali - ASL (Empresas Sanitarias Locales).

Las *Aziende Sanitarie Locali* (ASL-Empresas Sanitarias Locales) fueron introducidas en el servicio sanitario nacional italiano a través del Decreto Legislativo 502/92, sustituyendo a las *Unità Sanitarie Locali* (USL-Unidades Sanitarias Locales). La característica más importante de esta modificación es la transformación de este ente en una empresa y la neta división entre la programación sanitaria y la gestión sanitaria. A partir de ese momento, como ya se ha apuntado anteriormente, la programación será confiada al Gobierno de la Región y no a los Ayuntamientos, como hasta ese momento, y la gestión sanitaria recaerá sobre las ASL-Empresas Sanitarias Locales que pasarán a organizarse bajo criterios empresariales¹⁰⁶ (Brugnoli, 2008, p. 12).

Figura 46. Funciones, Competencias y Flujos de las ASL - Empresas Sanitarias Locales.



Fuente: Elaboración propia.

¹⁰⁶ La representación legal de las *Aziende Sanitarie Locali* (ASL) recae sobre el Director General, nombrado por la Junta Regional entre los inscritos en la lista regional de candidatos idóneos (Italia, Legge Regionale 33/09 [art.12]). Esta figura es la responsable de la gestión y ejerce competencias de gobierno y control. Tiene competencia para nombrar al Director Administrativo, al Director Sanitario y al Director Social, por los que es ayudado en su ejercicio (Italia, Legge Regionale 33/09 [art.13]).

Tal y como se ha anticipado anteriormente, el rasgo característico de las de las ASL-Empresas Sanitarias Locales lombardas es la clara separación de sus funciones. A éstas les son confiadas las funciones de sanidad pública, asistencia primaria y las funciones PAC (*Programmazione, Acquisto e Controllo* - Programación, Compra y Control de la asistencia especializada y hospitalaria) (Longo y Tanzi, 2010, p. 22; Pelissero y Mingardi, 2010, p. 60). Por otro lado, las funciones de producción y provisión de prestaciones de asistencia especializada y hospitalaria recaen sobre las AO-Empresas Hospitalarias públicas y privadas, sujetas a un mismo sistema de acreditación y de control operado por la Región y las ASL-Empresas Sanitarias Locales (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 60).

A través de las funciones PAC-Programación, Compra y Control, tal y como se establece en el Art. 4.6 de la Ley Regional 33/09, las ASL-Empresas Sanitarias Locales lombardas aseguran a los ciudadanos la provisión de las prestaciones de atención especializada (rehabilitación, diagnóstico, laboratorio y hospitalarias) contempladas en los LEA-Niveles Esenciales de Asistencia y definidas en el Plan Sanitario Nacional y en la programación regional, mediante contratos o convenciones con las estructuras acreditadas. Este sistema, donde las ASL-Empresas Sanitarias Locales desarrollan casi exclusivamente funciones de control y de adquisición o compra de prestaciones, tiene como objetivo principal incentivar la competitividad entre lo público y lo privado para alcanzar el fin último del sistema sanitario: el derecho de elección del ciudadano (Italia, IRER, 2010, p. 328).

Las ASL-Empresas Sanitarias Locales lombardas son el punto de contacto entre la red sanitaria y el ciudadano, además de controlar y garantizar la calidad de las prestaciones hospitalarias, tienen también encomendadas las funciones de cuidado de la higiene pública y la coordinación de la red de médicos de familia y pediatras de su territorio, que garantizan la asistencia primaria de la población. En ocasiones, las ASL - Empresas Sanitarias Locales lombardas pueden efectuar algunas prestaciones sanitarias, pero sólo pueden ser proveedores directos en vía marginal y residual, dispensando de forma extraordinaria únicamente aquellas prestaciones necesarias para satisfacer los niveles uniformes de asistencia que no se hayan derivado a profesionales concertados, proveedores públicos o acreditados privados. (Brugnoli, 2008, p. 13). Finalmente destacar que en el modelo lombardo las ASL-Empresas Sanitarias Locales actúan principalmente mediante acuerdos con sujetos públicos y privados para la provisión de todas las

prestaciones sanitarias en su territorio, incluidas las de asistencia primaria (Italia, IRER, 2010, p. 330).

c. *Aziende Ospedaliere* - AO (Empresas Hospitalarias).

Al igual que las ASL-Empresas Sanitarias Locales, las AO-Empresas Hospitalarias fueron instituidas con la "Reforma De Lorenzo-Garavaglia" (Decreto Legislativo 502/92). Con esta modificación se promovió, siguiendo el impulso empresarial con el que se concibió la reforma, la transformación de los entes hospitalarios de la anterior organización en AO-Empresas Hospitalarias (Pelissero y Mingardi, 2010, pp. 55-56). Éstas, en coordinación con las ASL-Empresas Sanitarias Locales en Lombardía, son las responsables de la producción y provisión de prestaciones sanitarias en el área de medicina especializada y asistencia hospitalaria, presentando las peculiaridades evidenciadas a continuación, que hacen que el sistema sanitario lombardo sea diferente al de las otras regiones italianas.

En primer lugar, cabe destacar la relación con las ASL-Empresas Sanitarias Locales y, tal y como ya se ha descrito, la división de funciones entre ambas. Las ASL- Empresas Sanitarias Locales además de programar y proceder a la compra a través de contratos de las prestaciones sanitarias provistas por las AO-Empresas Hospitalarias, tienen una intensa y fuerte vocación de control sobre las funciones de producción y provisión de éstas últimas (Pelissero, 2010, p. 60). En segundo lugar, la Región de Lombardía introduce la condición de plena paridad de condiciones entre las AO-Empresas Hospitalarias públicas y los nuevos sujetos privados que son acreditados, trámite las ASL -Empresas Sanitarias Locales. De este modo, cada una de las AO-Empresas Hospitalarias, ya sean públicas o privadas, están obligadas a competir y, por tanto, a tender hacia la eficacia (Italia, 2012, Declaración del Presidente Roberto Formigoni, p. 5).

d. IRCCS (Institutos Nacionales de Investigación Científica).

Los IRCCS - Institutos Nacionales de Investigación Científica fueron instituidos por el Decreto Legislativo 288/03. Tienen autonomía y personalidad jurídica propia y están considerados como entes de alto relieve nacional, se caracterizan por la influencia que el Estado Central tiene en su gestión. Son hospitales de excelencia, dedicados a la

investigación biomédica y focalizados en un área determinada, pero que, a pesar de su vocación nacional, forman parte de la organización y gestión sanitaria de la Región, apoyando la actividad sanitaria de las AO-Empresas Hospitalarias (Italia, Regione Lombardia, Direzione Generale di Salute).

8.2.4 Organización territorial del Sistema Sanitario de la Región de Lombardía.

La organización territorial en Lombardía, única en el estado italiano, deriva de la originalidad de su modelo que, en relación a ésta, es definido como un modelo institucional separado (Boni, 2007, p. 30). Esta afirmación se apoya en la principal característica del sistema sanitario lombardo puesto que, respondiendo a la exigencia de separar las funciones de producción y previsión de las demás funciones (programación, compra y control), ha propiciado la "completa separación" entre los hospitales y las ASL-Empresas Sanitarias Locales.

Tabla 17. Evolución de las Estructuras Sanitarias.

REGIÓN DE LOMBARDÍA	USL	ASL			Variación ASL	Habitantes por USL o ASL	
	1992	1995	2000	2005	2000 - 2005	1992	2005
	84	44	15	15	0	108.436	616.453
	USL	AO			Variación AO	Habitantes por USL o ASL	
	1992	1995	2000	2005	2000 - 2005	1992	2005
	84	16	27	29	2	108.436	616.453

Fuente: Reelaboración a partir de Boni (2007, p. 33).

El DLGS 517/92 además de decretar la transformación de las USL-Unidades Sanitarias Locales en ASL-Empresas Sanitarias Locales, supuso también la reducción de las mismas, llamándolas a coincidir territorialmente con una provincia. En la Región de Lombardía, como se observa en la tabla 17, expuesta anteriormente, se produjo una primera reducción de 84 USL, en 1992 antes de la reforma, a 44 ASL después de la reforma. Este reajuste no fue suficiente para cumplir con el requisito de adaptar las ASL-Empresas Sanitarias Locales al número efectivo de provincias puesto que la Región de Lombardía está compuesta por 12. Por esta razón, en 1997, con la aprobación de la Ley Regional 33/97, que impulsa el modelo lombardo, se procedió de nuevo a otra drástica

disminución hasta conformar las 15 ASL-Empresas Sanitarias Locales actuales¹⁰⁷ (Boni, 2007, p. 32).

Por el contrario, como también se puede observar en la tabla anterior (17), el número de AO - Empresas Hospitalarias ha aumentado tras su constitución, mediante el D.LGS. 517/92 a finales de 1995 existían 16 AO-Empresas Hospitalarias, mientras que a partir del 2000 el número ha aumentado hasta llegar a las 29 actuales. La interpretación de estos datos, es decir, la creación de nuevas AO-Empresas Hospitalarias junto a la elección de crear ASL-Empresas Sanitarias Locales separadas hace que el modelo institucional se caracterice por su orientación política favorable a la competitividad. Esta afirmación está respaldada porque además de la red hospitalaria pública compuesta por las AO-Empresas Hospitalarias, se ha dado espacio a la existencia de otras estructuras públicas como son los IRCCS- Institutos Nacionales de Investigación Científica y Policlínicos Universitarios y toda la red privada acreditada.

Como ya se ha anticipado en el análisis, la asistencia sanitaria en Lombardía se garantiza a través de una red territorial compuesta por 15 ASL-Empresas Sanitarias Locales, que están articuladas en 86 distritos socio-sanitarios. Todas ellas poseen un Departamento de Salud Mental, un Departamento de Prevención y un Servicio de Asistencia a Domicilio Integrado (Italia, IRER, 2010, p. 330).

Figura 47. Mapa de distribución de las ASL en Lombardía.



Fuente: elaboración propia.

¹⁰⁷ Aunque la Región de Lombardía tiene 12 provincias, no fue posible reducir las ASL (Empresas Sanitarias Locales) a este número por dos razones: concentración de población, este es el caso de Milán que cuenta con tres ASL (ASL Milán, ASL Milán 1 y ASL Milán 2) y la excepción territorial de la ASL de Vallecmonica-Sebino (zona montañosa). El D.LGS. 229/99 abrogó la norma que preveía la constitución de ASL coincidentes con las provincias para salvaguardar este tipo de excepciones.

La asistencia primaria está garantizada por una extensa red de médicos: 6.504 de medicina general, con un promedio de 1.316 pacientes atendidos por año, y 1.154 pediatras, con un promedio de asistidos a menores de 15 años de 930 (Italia, ISTAT, [datos de 2010]). Según el informe Lombardía 2010 (Italia, IRER, 2010), desde la introducción del Decreto del Presidente de la República DPR 270/2000 se ha evolucionado hacia la incorporación de los profesionales, con el objetivo de alcanzar una mejor calidad y accesibilidad de horarios. Es necesario señalar que los médicos de medicina general, incluidos los pediatras, están inscritos en los listados de las ASL-Empresas Sanitarias Locales, previa acreditación. Prestan atención a sus pacientes en sus propias consultas y son remunerados en base al número de asistidos que forman parte de su bolsa de trabajo¹⁰⁸ (Italia, Regione Lombardia, 2014, p. 45). Con el fin de favorecer modalidades organizativas que mejorasen la asistencia primaria, la Región de Lombardía ha intentado impulsar la constitución de formas asociativas entre los médicos, ya sea de medicina general que de pediatras. De las dos formas previstas, los médicos asociados en red (conexión funcional entre consultas a través de una red informática) son 2.603, representando el 40% del total, y los médicos que han optado por la asociación en grupo (comparten una sede única en lugar de varias consultas) son 1.724, un 26,5% del total (Italia, Regione Lombardia, 2014, p.46).

Con respecto a la asistencia especializada, las 15 ASL-Empresas Sanitarias Locales de Lombardía están cubiertas por un total de 210 estructuras hospitalarias entre públicas y privadas: 94 son institutos públicos que se reúnen bajo las 29 AO-Empresas Hospitalarias; 84 son estructuras privadas (72 acreditadas y 12 no acreditadas); 25 IRCCS-Institutos Nacionales de Investigación Científica; 6 hospitales clasificados; y una estructura hospitalaria pública integrada dentro de una ASL - Empresa Sanitaria Local. (Cristoferi, 2013, Apéndice A, p. 3).

Como conclusión, en este epígrafe se ha podido comprobar cómo la aplicación de la Ley Regional 31/97 y sus sucesivas modificaciones han impulsado una transformación en el sistema lombardo que lo ha llevado a un modelo abierto.

¹⁰⁸ Los ciudadanos dirigiéndose a las listas oficiales de las ASL pueden elegir el médico de familia por el que quieren ser asistidos, formándose una bolsa de posibles asistidos.

8.2.5 Transformaciones a nivel de gestión.

Para poder entender las transformaciones a nivel de gestión en materia sanitaria es necesario al menos mencionar las razones intelectuales que han llevado al Presidente de la Región de Lombardía a crear un modelo de gobernar que él mismo denomina como *"modo de hacer una Región, que es cada vez más sistema"*¹⁰⁹.

El modo de hacer "sistema" como innovación institucional se ha guiado por el principio de subsidiariedad, dimensión cotidiana y elemento impulsor de una nueva forma de entender la función institucional del sistema regional. Según la aplicación de este principio, la Región como institución debe dar espacio a la responsabilidad y libertad del ciudadano o grupo de ciudadanos que por su iniciativa y competencia sean capaces de responder de forma adecuada a la necesidad de la sociedad; para ello es imprescindible relanzar y sostener una fuerte alianza entre el sector público, el privado y el privado sin ánimo de lucro¹¹⁰ (Marotta, 2011, p. 22).

El modelo lombardo, tejido en los 17 años de gobierno del Presidente Roberto Formigoni, aún estando bajo el mismo contexto social y político que el resto de Italia, es el único modelo regional italiano que ha procurado una autonomía organizativa y decisional a otros actores no institucionales y a los propios ciudadanos, que han querido por iniciativa propia participar en el sistema. De esta manera, la función esencial del Gobierno de la Región de Lombardía, protegiendo las necesidades y exigencias de los ciudadanos, es la de facilitar a la sociedad ser lo más autónoma posible, haciéndose cargo ella misma, en sus diferentes expresiones (asociaciones, ONG, tercer sector), de aquellas tareas que puede desarrollar por sí misma (Marotta, 2011, p. 22).

Revisando los diferentes documentos programáticos¹¹¹ que la Región de Lombardía ha elaborado a lo largo de los mandatos del Presidente Formigoni, se pueden identificar

¹⁰⁹ "..., il modo di fare una regione che è sempre più sistema, ..." (Italia, 2000, Decreto del Presidente della Repubblica [prólogo]).

¹¹⁰ La elaboración de este párrafo es a partir de la bibliografía indicada, que a su vez ha reelaborado una entrevista realizada al Profesor Giorgio Vittadini, ideólogo del modelo de Welfare lombardo bajo los Gobiernos de Roberto Formigoni.

¹¹¹ Los principales documentos son: El Plan Regional de desarrollo; el Plan socio-sanitario regional para el trienio 2007-2009; la Ley Regional para la familia (Italia, Legge Regionale 23/99) y la Ley Regional 3/08 sobre el gobierno de la red de las intervenciones y de los servicios a la persona en ámbito socio-sanitario.

cuáles han sido los principios y los instrumentos que han permitido la irrupción de un nuevo modelo y su transformación a nivel de gestión.

La novedad del sistema sanitario lombardo, en comparación con los otros sistemas regionales italianos, justo por el objetivo planteado por el propio gobierno regional, radica en la capacidad de éste en acompañar al ciudadano no exclusivamente en el punto de acceso al servicio sanitario, garantizando así, como en los demás sistemas, la atención y cuidado de la salud, sino dejándole actuar en un paso anterior y proporcionándole una red donde poder elegir cómo y por quién ser atendido (Ghetti y Gori, 2014). Para que esto se pudiera llevar a cabo, el gobierno de la Región se ha apoyado en los dos principios clave mencionados anteriormente que han modulado el sistema sanitario lombardo:

- La libertad de elección de los ciudadanos: introducida mediante el Artículo 2.1.b de la Ley Regional 31/97, ha sido el punto partida y el objetivo de la reforma sanitaria en Lombardía. Su continua referencia y defensa en la acción de gobierno lo ha elevado como estandarte del fin último de la política sanitaria lombarda. La preocupación por la creación de una libertad efectiva de elección por parte del usuario en relación al proveedor de servicios ha sido la característica de la acción de la Administración Pública, que, para crear las condiciones necesarias, ha mantenido una posición de árbitro entre los todos los actores (Pelissero y Mingardi, 2010, p. 61).
- La instauración de la plena paridad entre proveedores de servicios: este principio, también introducido por la Ley Regional 31/97 en su artículo 2.1.c, es el paso siguiente a la libertad de elección que el sistema sanitario lombardo adopta para conseguir su objetivo. La articulación de la oferta de servicios no puede limitarse a una pluralidad, sino que debe evaluar la calidad del bien provisto. La Región de Lombardía, instaurando esta plena paridad de condiciones entre el público y privado, pone al mismo nivel a todos los sujetos, requiriéndoles los mismos estándares de calidad y la misma oferta de servicios sanitarios para poder participar en el sistema. Esto hace que los proveedores, ya sean públicos o privados, busquen una mayor eficiencia en la provisión del servicio, puesto que se establece una relación de competencia con los demás actores (Pelissero y Mingardi, 2010, pp. 60-61).

De esta manera, la plena colaboración y equiparación entre las estructuras públicas y privadas acreditadas, garantiza al ciudadano la libertad de elección ante el ente proveedor. Pero para poder realizar estos dos principios la Región de Lombardía ha diseñado una serie de instrumentos que hicieran posible su ejecución.

El establecimiento de un sistema de acreditación fue el instrumento indispensable, para poner en marcha el sistema, ya que éste se convierte en el cauce de ingreso de proveedores sanitarios privados en el mercado sanitario, convirtiéndose así en proveedores de prestaciones para el sistema de igual manera que las estructuras públicas. El sistema de acreditación institucional fue introducido a nivel nacional, mediante el decreto legislativo nº 502 del 1992, en él se confía a las regiones la tarea de disciplinar los procedimientos relativos a la autorización y la acreditación de las estructuras sanitarias (Italia, 1992, Decreto Legislativo 502/92).

En materia de autorización y acreditación, la Región de Lombardía ya dictó disposiciones específicas en la ley regional 31/97, donde establece que las ASL-Empresas Sanitarias Locales deben asegurar las prestaciones a los ciudadanos a través de institución de contratos con aquellas estructuras sanitarias que haya superado el proceso de acreditación. De esta manera, la Región de Lombardía procedió a la instauración de un proceso de acreditación que recogiera todas las indicaciones sugeridas por el gobierno nacional con una novedad añadida: este instrumento no sólo se utilizará para las estructuras privadas, sino también para las estructuras públicas, que tendrán que someterse a la acreditación para poder obtener los contratos con las ASL-Empresas Sanitarias Locales (Italia, 2012, Declaración del Presidente Formigoni, p. 6). La separación de las fases de acreditación y contractualización de los servicios sanitarios es también una peculiaridad introducida por la Región de Lombardía, ya que el contrato está subordinado a la reglas indicadas por el Gobierno de la Región que actúa a través de las ASL-Empresas Sanitarias Locales, a las que se les confía la tarea de verificar que se cumplan los requisitos de acreditación de todas las estructuras de la red sanitaria, incluso después de obtener la acreditación (Italia, 2012, Declaración del Presidente Formigoni, pp. 8-10).

Éste y otros instrumentos, que se tendrá la oportunidad de detallar en el siguiente capítulo, han permitido que se introdujeran en el sistema público algunas de las prácticas de gestión privada que caracterizan el modelo sanitario lombardo.

9. MARCOS COGNITIVOS DE LOS NUEVOS ACTORES DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS REGIONALIZADAS (SISTEMA GUBERNAMENTAL, INSTITUCIONES PÚBLICAS, SUJETOS PRIVADOS. TRABAJO DE CAMPO).

En los dos capítulos anteriores se han descrito y analizado los sistemas sanitarios de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía. Concretamente, en el capítulo 7 se ha examinado la situación demográfica y las demandas de salud que ambas regiones presentan, mientras que en el capítulo 8 se ha detallado cómo los sistemas sanitarios están configurados, con el fin de encontrar respuestas y, por tanto, de satisfacer las necesidades de salud de sus respectivas poblaciones.

Como se desprende del análisis, aunque las dos regiones presentan un volumen de población distinto, sus demandas de salud son equiparables en cuanto al tipo de enfermedades. Sin embargo, las configuraciones del sistema y las modalidades de respuesta al problema son diferentes, lo que pone de manifiesto que una determinada organización y política sanitaria no se decide únicamente en base a las necesidades de salud. Por este motivo el presente capítulo se dedica a indagar si son las influencias en términos de ideas, valores o marcos cognitivos las que prevalecen como factor clave en la definición de cada uno de los sistemas, de sus objetivos y de las estrategias que se han propuesto seguir y que se traducen en decisiones de las políticas sanitarias regionales.

Para poder investigar sobre los marcos cognitivos en los que los actores de los sistemas sanitarios se han apoyado para construir su acción, es decir, para intentar explicar la influencia de las ideas y los valores en el funcionamiento de la acción pública, en su operatividad y en su lógica, es necesario recordar lo expuesto en el capítulo 5 en relación a los recursos cognitivos y modelos decisionales. Se mencionaba en el citado capítulo que el grado de influencia en un proceso de *policy* depende de la disponibilidad de informaciones que los actores poseen sobre el problema, pero el grado de influencia también obedece a la elección de distintos modelos de interpretación o diferentes teorías en las que los actores se auxilian no sólo para construir su acción, sino también para justificarla. Tal es así que de nada sirve poseer el conocimiento, si éste no se emplea en función de una determinada modalidad de entender el problema, puesto que el problema sólo se resuelve cuando el actor principal decide resolverlo y para ello utiliza una modalidad de acción que proviene de una forma de ver la realidad que, a su vez, trasciende de unos determinados valores o ideas.

Retomando lo expuesto en el capítulo 5 en relación a los modelos decisionales, se ha de recordar que en los años 50 y 60 del siglo pasado fueron realizados una serie de trabajos y estudios por parte de algunos politólogos, cuyas aportaciones pretendían buscar el camino hacia la eficacia de las decisiones públicas (Subirats et al., 2008, p. 20). Brevemente, estos autores son, en primer lugar, Lasswell, cuyos esfuerzos fueron orientados a establecer un diálogo entre investigadores, grupos económicos y decisores con la finalidad de mejorar la acción en la acción pública (Subirats et al., 2008, p. 20). Por otra parte, destacan Simon y Lindblom, el primero de éstos es conocido por su conceptualización de la racionalidad limitada en los procesos de decisión pública, mientras que el segundo lo es por el desarrollo del concepto del cambio incremental focalizado en los márgenes de maniobra de los decisores públicos (Subirats et al., 2008, p. 20). Y por último, los trabajos de Easton, precursor en la aplicación de la teoría de sistemas al mundo político (Subirats et al., 2008, p. 20).

El punto de encuentro de estos autores, a pesar de pertenecer a escuelas de pensamiento opuestas, confluye en la consideración de que el sistema político-administrativo es complejo, donde el Estado ya no es el único actor. Y es por esta razón que para los mencionados autores es tarea ineludible comprender el sistema (político-administrativo) en su conjunto, teniendo en cuenta todos los actores que lo componen para poder predecir o recomendar soluciones a los problemas que se puedan plantear (Subirats et al., 2008, p. 21). Sin embargo, incluso bajo esta premisa, estos autores se reagrupan en torno a varias perspectivas.

Algunos de ellos consagran su análisis a los procesos de toma de decisiones y a las estrategias llevadas a cabo por los actores. Este tipo de aproximación se inspira en el análisis de sistemas aplicado a las decisiones humanas, del que es representante Simon (Subirats et al., 2008, p. 21). Otros autores, en cambio, se centran en las herramientas e instrumentos de intervención pública, donde predominando los enfoques económicos (macroeconómico, Keynes, o microeconómico, Nueva Gestión Pública), los análisis de las formas de acción pública van dirigidos a verificar la eficacia de tales enfoques (Subirats et al., 2008, p. 21). Un tercer grupo de autores se interesa en un enfoque más administrativo, centrándose en las estructuras, procedimientos y formas institucionales de la administración pública, tal perspectiva significa que normalmente los análisis no se centren en las políticas públicas (Subirats et al., 2008, p. 22).

En cambio y por último, cabe destacar una visión específica del análisis que se centra en las políticas públicas y que es conocida como enfoque cognitivo. Subirats et al. (2008, pág. 22) citan en su obra a Muller y Surel en relación a esta perspectiva, permitiendo conocer lo que los autores afirman sobre este enfoque. Para ellos, el enfoque cognitivo "se esfuerza en entender las políticas públicas como la expresión de marcos cognitivos y normativos que constituyen sistemas de interpretación de la realidad en el seno de los cuáles los distintos actores públicos y privados pueden situar sus acciones". En este sentido, Subirats et al. (2008, p. 22) apuntan que:

"este enfoque subraya el papel de las ideas y de las representaciones (o *frames*) en la formación (y sobre todo en la definición) de los problemas que acaban siendo objeto de la acción pública y que explican el cambio en las políticas públicas".

Por tanto, la característica esencial que esta corriente pretende señalar es el peso de los valores o marcos cognitivos en cuanto a que éstos definen una visión del mundo que termina por reflejarse en la concepción, desarrollo e implementación de las políticas públicas. Esta perspectiva, así como resaltan Subirats et al. (2008, p. 22) ha obtenido una mayor notoriedad en el campo político tras los trabajos realizados por Lakoff en relación al escenario político de Estados Unidos.

Precisamente teniendo en cuenta la perspectiva anteriormente mencionada, en los próximos epígrafes se van a analizar los marcos cognitivos en los que se sustentan las decisiones tomadas por los gobiernos regionales que ocupan el presente estudio y que han provocado que las autoridades públicas se decantasen por una política sanitaria u otra. De esta manera, se tendrá la oportunidad de analizar cuáles han sido los valores e ideas que subyacen en las decisiones de las políticas sanitarias tanto de la Comunidad de Madrid como de la Región de Lombardía y comprobar si éstas han sido las que explican el cambio. En primer lugar, se analizarán aquellos valores e ideas en los que los gobiernos de la Comunidad han fundamentado sus reformas en el periodo que ocupa esta tesis y, posteriormente y de igual manera, se procederá al análisis de los marcos cognitivos en los que la Región de Lombardía se ha apoyado para generar lo que es conocido como "modelo lombardo" (Marotta, 2011, p. 20).

9.1 Los marcos cognitivos en la Comunidad de Madrid.

Para poder identificar cuáles son los marcos cognitivos que sustentan las decisiones de las políticas sanitarias de la Comunidad de Madrid en el periodo de esta tesis (2000-2014), es necesario identificar los actores relevantes en la definición de la política sanitaria madrileña en ese arco de tiempo. Siendo los actores políticos¹¹² al frente del gobierno de la región los actores más importantes, es inevitable considerar el periodo en el que el Partido Popular llega a la Presidencia de la Comunidad¹¹³, ya que sirve de orientación a la hora de entender cuáles son las ideas y valores prevalentes que han impregnado las reformas de los diferentes gobiernos que se sucederán desde entonces, prestando una atención especial a los gobiernos de Esperanza Aguirre¹¹⁴ (2003 - 2012), dado que durante sus mandatos se llevaron a cabo las reformas sanitarias más significativas.

Aunque esta investigación se centra el periodo comprendido entre 2000 y 2014, es necesario mantener una apertura hacia las reformas introducidas en la última década del siglo XX, siendo oportuno recordar el contexto nacional expuesto en el capítulo 3, porque ayuda a introducir y comprender las ideas que subyacen en las reformas sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Recordar que a petición del Parlamento se creó una comisión dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNN), con el objetivo de identificar las debilidades del apenas creado Sistema Nacional de Salud (SNS), que dará a luz en 1991 un documento que marcará de forma indirecta la senda de las reformas sanitarias emprendidas en España. Se trata del así conocido "Informe Abril". Este informe recogió con rigor las disfunciones detectadas en el sistema sanitario español, entre ellas "los problemas de asignación del presupuesto, la rigidez administrativa, la irresponsabilidad

¹¹² De las dos entrevistas realizadas a Jessica Zorogastua, Directora del Gabinete del Consejero de Sanidad, y al propio ex-Consejero, Javier Fernández-Lasquetty, se deduce que la definición de la política sanitaria está en manos de un número relativamente pequeño de actores que se comporta como élite programática.

¹¹³ El Partido Popular llega a la Presidencia de la Comunidad de Madrid en junio de 1995, cuando Alberto Ruiz-Gallardón gana las elecciones por mayoría absoluta, que revalida en las siguientes elecciones, manteniéndose así al frente de la Comunidad de Madrid hasta junio de 2003. La candidata del Partido Popular para las elecciones autonómicas de 2003 fue Esperanza Aguirre, que inicialmente no consiguió la mayoría absoluta. Las elecciones fueron repetidas meses después y el resultado obtenido esta vez sí alcanzó la mayoría, permitiendo así que Esperanza Aguirre fuera proclamada Presidenta. En las elecciones autonómicas de 2007 y 2011 logra revalidar su elección, estabilizando su gestión al frente de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, en septiembre de 2012 decide dejar la primera línea política y dimitir de su cargo, dejando a Ignacio González al mando de la Presidencia.

¹¹⁴ Es oportuno señalar que Esperanza Aguirre se autoproclama liberal, siendo promotora de posiciones liberales provenientes del liberalismo clásico y del libre mercado.

burocrática, la ineficiencia, los incentivos perversos, la politización y la falta de moral del personal de salud" (Moreno Fuentes, 2009, p. 118); pero dicho informe también propuso una serie de recomendaciones sobre cómo afrontar ese tipo de disfunciones. La mayor parte de estas recomendaciones recogían las indicaciones resultantes de una determinada corriente de reformas ya desarrolladas por algunos países de la OCDE durante la década de los 80 de siglo pasado y que fue denominada, también en 1991, por Christopher Hood, como la Nueva Gestión Pública¹¹⁵.

Brevemente, el trabajo de Hood (1991, p. 3) hace referencia a las directrices de reforma y modernización llevadas a cabo en la Administración Pública durante la década de los años 80 del siglo XX. Hood resume en cuatro puntos las grandes tendencias adoptadas por estas reformas:

- Disminución o reversión del crecimiento de la administración en términos de gasto público y aumento de personal.
- Desplazamiento hacia la privatización o cuasi privatización de los servicios, apoyándose especialmente en la subsidiariedad en cuanto a la provisión de servicios.
- El desarrollo de la automatización, especialmente de las tecnologías de la información, producción y distribución de servicios públicos.
- El desarrollo de una agenda internacional, centrada cada vez más en cuestiones generales de la gestión pública, como son el diseño de políticas, estilos de decisión y cooperación intergubernamental, que desafíe la tradición administrativa de cada país según sus propias particularidades.

Sin embargo, Hood (1991, pp. 4-5) afirmó que estas tendencias no se verificaban sólo en el Reino Unido, sino que estaban presentes en otros países. Tal idea le llevó a elaborar un modelo conceptual, a partir del análisis de una serie de doctrinas que surgieron como consecuencia de las reformas emprendidas por un grupo de países pertenecientes a la

¹¹⁵ La conceptualización de la Nueva Gestión Pública, concebida por Christopher Hood en 1991, llevó al surgimiento de un nuevo paradigma que, ante los problemas experimentados por la Administración Pública, proponía la introducción en el sector público de mecanismos y formas de acción propias de la empresa privada y el mercado, como solución a las deficiencias que el Estado de Bienestar presentaba en las últimas décadas del siglo XX.

OCDE a finales de los años 70 del siglo XX y que predominaron en sus respectivas agendas públicas. El autor las denominó como Nueva Gestión Pública.

Cuadro 20. Componentes doctrinales de la Nueva Gestión Pública.

Nº	DOCTRINA	SIGNIFICADO	JUSTIFICACIÓN
1	Profesionales experimentados en la administración del sector público.	Control activo, visible y discrecional de las organizaciones por parte de las personas responsables en la cúspide, "libertad para gestionar".	La rendición de cuentas requiere una clara asignación de la responsabilidad de la acción, no difusión del poder.
2	Estándares y medidas de desempeño explícitos.	Definición de los objetivos, metas, indicadores de éxito, expresadas preferiblemente en términos cuantitativos, especialmente para los servicios profesionales.	La rendición de cuentas requiere manifestación clara de las metas; la eficiencia requiere "mirada escrupulosa" de los objetivos.
3	Mayor énfasis en control de resultados.	La asignación de recursos y recompensas ligadas al rendimiento; ruptura con la gestión centralizada de personal.	Necesidad de destacar los resultados más que los procedimientos.
4	Cambio en la desagregación de las unidades en el sector público.	Cambio en las unidades monolíticas, descentralizándolas en base a un presupuesto propio.	Necesidad de crear unidades "maneables" (provisión separada e intereses de producción). Obtención de ventajas en la eficiencia del uso de contratos o franquicias tanto dentro como fuera del sector público.
5	Hacer competitivo el sector público.	Cambiar los términos contractuales y los procedimientos de la licitación pública.	Competitividad como la clave para reducir costes y mejorar los estándares.
6	Impulso de los estilos del sector privado como práctica de gestión.	Alejarse de la rigidez administrativa y potenciar la flexibilidad en la contratación y establecer un sistema de bonus.	Necesidad de usar instrumentos de la gestión del sector privado en el sector público.
7	Mayor atención y disciplina en el uso de los recursos.	Reducción de los costes directos, aumentando la disciplina laboral, resistiendo las demandas sindicales y limitando los costes de sumisión para los negocios.	Necesidad de frenar las demandas de recursos del sector público (hacer más con menos).

Fuente: Hood (1991, pp. 4-5).

El "Informe Abril" también recogió algunas de las medidas identificadas por Hood, pero las conclusiones del informe recibieron un amplio rechazo. A pesar de la oposición por

parte de los partidos políticos y otros actores del sistema, las orientaciones y reformas sugeridas en este documento fueron introducidas de forma gradual durante la década de los años 90 del siglo XX, casi todas ellas coincidiendo con la llegada al poder del Partido Popular, tanto en el ámbito nacional como en el autonómico.

De esta manera, como Moreno Fuentes (2009, p. 118) indica, se tomaron medidas en relación a varios aspectos:

"... la definición de un catálogo de servicios (con exclusión a determinados procedimientos), la exclusión de ciertos medicamentos de la lista financiada por el SNS, la introducción de presupuestos prospectivos para los hospitales o la legislación que permitía la transformación de los hospitales del INSALUD en fundaciones constituyeron medidas de reforma de sanitaria propias de la Nueva Gestión Pública en la línea de las propuestas incluidas en el 'Informe Abril'".

Por tanto, según lo expuesto, el segundo gobierno del Partido Popular (1999 -2003) en la Comunidad de Madrid vino precedido por la inclusión de normas a nivel nacional que facilitaban la introducción de nuevas formas de gestión pública en campo sanitario. Fue además en esa misma legislatura cuando se culminó el proceso de transferencias de las competencias sanitarias a las últimas 10 Comunidades Autónomas que todavía continuaban bajo la gestión del Instituto Nacional de Salud (INSALUD), entre las que figuraba la Comunidad de Madrid.

Como resultado, se conformó un esquema de gobernanza sanitaria caracterizado, en primer lugar, por la descentralización política de las competencias sanitarias a la Comunidad como autoridad regional y, en segundo lugar, por la experimentación de modalidades híbridas de gestión sanitaria (Moreno Fuentes, 2009, p. 126). En relación a esta segunda característica, los decisores políticos, guiados por los marcos cognitivos de la Nueva Gestión Pública, introdujeron instrumentos y mecanismos propios del sector privado, propiciando de esta manera la creación de cuasi-mercados en el seno del sistema sanitario madrileño. Como ya se ha mencionado, aunque fue en la segunda legislatura del Partido Popular cuando se inicia el proceso, dicho proceso empieza realmente a tomar forma y se consolida una vez que Esperanza Aguirre llega al poder.

Es esencial detenerse brevemente en la figura de Esperanza Aguirre como promotora del cambio y de las reformas sanitarias más importantes llevadas a cabo en la Comunidad de

Madrid desde 2003 a 2012. En los programas electorales de las respectivas elecciones autonómicas, donde se presentó como candidata a la Presidencia de la Comunidad Autónoma, se pueden encontrar en las presentaciones firmadas por la Presidenta alusiones sucintas a un ideario liberal, como por ejemplo, en el programa electoral de 2007 (Aguirre, 2007, p. 4). De igual manera, en su discurso de investidura de 2011, como Presidenta de la Comunidad de Madrid, proclamó que las políticas liberales son las más eficaces para promover el bienestar de la sociedad y explícitamente en ese mismo discurso reconoció que siempre se ha presentado ante los electores "como liberal, sin ambages y también sin sufijos o prefijos que desvirtúen mis convicciones" (Aguirre, 2011, pp. 32-33).

Es evidente, no sólo por estas declaraciones sino por las medidas que ha llevado a la práctica durante sus mandatos, que la acción pública de la Presidenta Esperanza Aguirre ha partido de posiciones liberales. En el anterior capítulo se ha tenido la oportunidad de analizar las medidas adoptadas por el Gobierno de la Comunidad de Madrid en materia sanitaria, además de conocer la configuración actual del sistema sanitario madrileño. Entre las reformas llevadas a cabo destacan dos que han caracterizado los gobiernos de Esperanza Aguirre y que pueden ser consideradas como innovaciones liberales, ya que en su origen parten de la aplicación de los principios de la Nueva Gestión Pública:

- La construcción de 7 hospitales en el periodo 2004 - 2007 siguiendo una fórmula de gestión basada en el modelo de Iniciativa de Financiación Privada (*Private Finance Initiative - PFI*) o también conocido como concesión de obra pública. Esta decisión tuvo como objetivo no sólo la introducción de un sistema de competición (Fernández-Lasquetty, Apéndice B, p. 8), sino cubrir las necesidades de salud de la población madrileña. En los primeros años de este siglo, la población de la Comunidad de Madrid aumentó considerablemente (de aproximadamente 5.700.000 en 2003 a 6.300.000 en 2008¹¹⁶) y Esperanza Aguirre para paliar esta situación decidió ampliar la red de centros sanitarios, dando prioridad a la creación de nuevos hospitales (Zorogausta, 2012, Apéndice D, pp. 1-2).
- Introducción de la libertad de elección: desde su primer mandato, Esperanza Aguirre quiso introducir este principio, que no logra aprobar hasta 2009

¹¹⁶ Datos sustraídos de la entrevista realizada a Jessica Zorogausta (2012, Apéndice D, pp. 1-2).

(Fernández-Lasquetty, 2014, Apéndice B, p. 4). Esta medida, según Fernández-Lasquetty (2014, Apéndice B, p. 5), además de beneficiar al ciudadano puesto que lo desvincula de la asignación de un médico/a, enfermero/a o centro sanitario determinado según su propia residencia, impulsa el sistema hacia el buen funcionamiento, ya que motiva a los profesionales sanitarios en "su buen hacer" y hace que el sistema sea más eficiente y competitivo.

Estas serían las reformas más representativas de los mandatos de Esperanza Aguirre, que permiten entrever que su acción de gobierno está inspirada en principios provenientes de posiciones liberales. De hecho, las iniciativas introducidas en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) han sido interpretadas por los demás actores del sistema como la imposición de planteamientos muy ideologizados por parte de los decisores sanitarios del Partido Popular, empeñados en privatizar la sanidad pública, introduciendo instrumentos de gestión propios de la Nueva Gestión Pública (Moreno Fuentes, 2009, p. 128).

Estas medidas, para algunos, tal y como indica Moreno Fuentes (2009, p. 128), fueron adoptadas sin un consenso social o profesional, además de no respetar o considerar las evaluaciones disponibles sobre los resultados e impactos que este tipo de instrumentos habían generado en otros países como Reino Unido durante los últimos 30 años. Sin embargo, Zorogastua (2012, Apéndice D, p. 3) afirma que la colaboración público-privada en la Comunidad de Madrid fue necesaria para la sostenibilidad de la puesta en marcha de los nuevos hospitales durante el primer mandato de Esperanza Aguirre y que, además, la experiencia de este tipo de nuevas formas de gestión ha verificado que a "los ciudadanos no les preocupa si la gestión es pública o privada, lo que les preocupa es que se les ofrezca una atención sanitaria pública y de calidad" (Zorogastua, 2012, Apéndice D, p. 6). Por otro lado, Fernández-Lasquetty (2015, Apéndice B, p. 5) afirma que la colaboración con los profesionales sanitarios fue uno de sus primeros objetivos al darse cuenta de que era necesaria una estrategia de comunicación especialmente dirigida hacia los/as médicos/as, ya que éstos ejercen la función de liderazgo del sistema sanitario y que sin ellos y su aceptación la aplicación de cualquier reforma no es posible (Fernández-Lasquetty, 2015, Apéndice B, p. 10).

En cualquier caso, la gran parte de las iniciativas llevadas a cabo por el gobierno regional, como han podido ser la externalización de ciertos servicios hospitalarios a empresas privadas con ánimo de lucro o la construcción de hospitales con recursos públicos

posteriormente cedidos a empresas privadas para su explotación, han encontrado una fuerte contestación social y sindical. Fernández-Lasquetty confirma esta realidad (2015, Apéndice B, p. 3) poniendo de manifiesto que uno de los rasgos que marcó de manera significativa su llegada a la Consejería fue el alto grado de conflictividad sindical.

Ante este análisis se podría afirmar que la asunción de las competencias sanitarias por la Comunidad de Madrid en 2002, junto a la entrada en el gobierno regional de Esperanza Aguirre en 2003 facilitó la introducción y aplicación de las diferentes medidas promocionadas por la Nueva Gestión Pública. Sin embargo, según Moreno Fuentes (2009, p. 128) la falta de mecanismos de evaluación de las políticas sanitarias en la Comunidad de Madrid no contribuye a una verdadera valoración de su impacto y este hecho puede traducirse en una deslegitimación de las reformas sanitarias y del gobierno que las impulsa.

En conclusión, se podría afirmar que los marcos cognitivos que subyacen en el modelo sanitario de la Comunidad de Madrid han seguido de alguna manera las directrices marcadas en el "Informe Abril" y, por tanto, también recibe una inevitable influencia del sistema sanitario inglés *National Health Service-NHS* (Fernández-Lasquetty, 2015, Apéndice B, p. 1), que, a su vez, se apoyó en la Nueva Gestión Pública. Sin embargo, es necesario señalar que aunque el nacimiento del Sistema Nacional de Salud en España recibió una gran influencia del sistema sanitario británico, la aplicación de los supuestos del *National Health Service* en la práctica a un modelo regional es muy complicado de llevar a cabo por el peculiar modelo de competencias del modelo español (Fernández-Lasquetty, 2015, Apéndice B, p. 1).

Antes de concluir este epígrafe, es necesario mencionar que el conflicto entre los diferentes actores del ámbito sanitario madrileño, que llevó a la dimisión del Sr. Fernández-Lasquetty, no sólo evidencia diferencias en distintos recursos cognitivos en los que éstos se apoyan para justificar su acción. Actualmente, el sistema sanitario madrileño, pero también español, se encuentra en una etapa de rediscusión, donde se necesitaría buscar una nueva modalidad de decisión de políticas sanitarias que respondan a la necesidad de salud de la población en el presente, pero también en un futuro que se vaticina como complicado.

9.2 Los marcos cognitivos en la Región de Lombardía.

Para poder analizar correctamente los marcos cognitivos en los que se sustentan las decisiones de las políticas sanitarias de la Región Lombardía se ha de considerar el periodo en el que el Presidente Roberto Formigoni, máximo exponente e impulsor del llamado "modelo lombardo" (Marotta, 2011, p. 20) ha estado en el poder. Concretamente, el Presidente Formigoni se ha mantenido al frente de la Presidencia de la Región de Lombardía durante 17 años¹¹⁷, habiendo sido reelegido consecutivamente en las 4 elecciones regionales a las que se presentó como candidato y para cada una de las cuáles recibió un mandato de 5 años.

Aunque el Presidente Formigoni llegara al gobierno el 23 de abril de 1995, este estudio se centra en el periodo de 2000 a 2014, es decir, a partir de su segunda legislatura y sobrepasando en un año y medio su estancia en la Presidencia de la Región.

Esta elección se debe a que la mayor parte de las reformas, incluida la sanitaria, fueron introducidas durante el segundo mandato, especialmente en el trienio 2001-2003 (Marotta, 2011, p. 20), después de que se llevase a cabo la reforma del título V de la Constitución italiana, que inició un proceso de descentralización hacia las regiones, quiénes a partir de ese momento recibieron una serie de competencias, entre ellas la sanitaria. Se ha mencionado con anterioridad que el periodo de estudio va más allá de la permanencia del Presidente Formigoni en el poder y esto es así con el fin de comprobar que el modelo impulsado durante sus mandatos ha sido capaz de proseguir sin su presencia, lo cual indica que se ha originado un "sistema". Por tanto, se podría afirmar que el periodo elegido se divide en dos etapas: la primera, más breve, de 2000 a 2004, cuando se introducen y se ponen en marcha las reformas, y la segunda de 2004 a 2014, cuyo principal objetivo ha sido el de consolidar los cambios originados por las reformas

¹¹⁷ El periodo de su gobierno transcurre de 23 de abril de 1995 a 17 de marzo de 2013, aunque presentó su dimisión en octubre de 2012, cuando le fue retirado el apoyo de la *Lega Nord*, desde entonces siguió gobernando hasta la formación del nuevo gobierno en marzo de 2013. En la primera legislatura (1995-2000) con la lista de *Forza Italia*, el Presidente Roberto Formigoni obtuvo el 27,6% de los votos, contra el 27% conseguido por el *L'Ulivo* y el 17,1% de la *Lega Nord*. En la segunda legislatura (2000-2005), bajo la lista *Per la Lombardia*, donde concurrían a las elecciones en alianza fuerzas políticas como *Forza Italia*, *Alleanza Nazionale*, *Lega Nord*, *Lega Lombardia* y *Unione di Centro*, el Presidente Formigoni volvió a ser reelegido habiendo aunado el 62,4% de los votos. En la tercera legislatura (2005 - 2010), Formigoni vuelve a ser reelegido liderando la coalición de Centro-Derecha y respaldado con el 53,4% de los votos. Y en la última legislatura (2010-2013), que no llegó a finalizar, presentándose bajo el *Popolo della Libertà* en alianza con la *Lega Nord* consiguió el 56,11 % de los votos. (Vallini, 2005, pp. 249-261).

y reconducir los desajustes causados en la implantación de las nuevas políticas públicas (Marotta, 2011, p. 11).

Aunque oficialmente la mayoría de las reformas fueron introducidas a principios del presente siglo, específicamente en materia sanitaria, la Región de Lombardía se anticipa a la reforma del título V de la Constitución italiana, llevando a término la aprobación, en la Junta regional, de la Ley 31/97 sobre las "Normas para el reorganización del servicio sanitario regional y su integración con la actividad de los servicios sociales". Este hecho se debe a que la Región de Lombardía cree tener la suficiente potestad legislativa, además de la capacidad técnico-clínica necesaria para poder imaginar y activar un modelo sanitario propio (Lucchina, 2014, Apéndice C, p. 3).

También a través de esta reforma se impulsó la reorganización del *welfare* lombardo como sistema, influyendo en el desarrollo de las otras políticas sociales llevadas a cabo en Lombardía y que fueron ideadas bajo los preceptos contemplados en la Ley 31/97. La innovación que supuso como modelo, la separación entre entes financiadores y entes proveedores, llevó a que la competencia entre estructuras públicas y privadas, en igualdad de condiciones, hiciera funcional la libertad de elección del ciudadano (Marotta, 2011, p. 20; Lucchina 2014, Apéndice C, pp. 3-4), principio cardinal del modelo sanitario lombardo.

Sin embargo, la cuestión a plantear en el desarrollo de este epígrafe es: ¿cuáles fueron las influencias intelectuales que impactaron y dieron peso a la definición de los objetivos de las políticas públicas, en el caso de estudio, la política sanitaria? Para Marotta (2011, p. 21) fueron esencialmente dos: la primera proviene del área de influencia del movimiento eclesial "Comunión y Liberación"¹¹⁸, al que tanto el Presidente Roberto Formigoni como otros exponentes relevantes de la política lombarda pertenecen, y la segunda proviene de las influencias intelectuales de la Nueva Gestión Pública (NGP) o también *New Public Management* (NPM).

¹¹⁸ Comunión y Liberación es un movimiento eclesial católico fundado en Italia por el sacerdote Luigi Giussani que nace en el intento de reconstruir una presencia cristiana en el ámbito estudiantil. En 1954 Don Giussani funda "*Giuventù Studentesca*" (GS) que más tarde, concretamente en 1969 pasará a llamarse Comunión y Liberación, con la convicción de que el acontecimiento cristiano, vivido en comunión, sea el fundamento de la auténtica liberación del hombre. Los objetivos principales de este movimiento eclesial son la educación cristiana madura de los propios asociados y la colaboración a la misión de la Iglesia en todos los ámbitos de la sociedad contemporánea (Comunión y Liberación).

En relación al movimiento de Comunión y Liberación, su influencia es considerada relevante en la política lombarda. Tal es así, que es oportuno señalar que éste cuenta con una amplia elaboración intelectual en materia de *welfare*, incluso más profunda que aquellas concepciones intelectuales que normalmente es posible encontrar en los partidos políticos (Marotta, 2011, p. 21). Además, el Presidente Formigoni y otras figuras significativas que han impulsado el modelo lombardo, como puede ser el Prof. Giorgio Vittadini, se diferencian por su profunda convicción en el bagaje de las ideas y por su compromiso en llevarlas a la práctica (Marotta, 2011, p. 21).

El pensamiento cielino¹¹⁹ ha criticado duramente la intervención pública en las políticas sociales tanto en Lombardía como en toda Italia, denunciando que la acción del Estado es demasiado intervencionista e ineficiente, de tal manera que el Estado de Bienestar concebido como lo es actualmente, no es capaz de ofrecer servicios de calidad a los ciudadanos de forma eficaz. Esta visión que se acerca, como ya se ha visto, a la proyectada por los liberales británicos, se reafirma en el pensamiento de que el Estado es ineficaz, pero la óptica desarrollada por los representantes de Comunión y Liberación va más allá, proclamando no sólo que es ineficiente sino que la acción del Estado se convierte en un obstáculo para la sociedad civil, puesto que le impide que ésta pueda utilizar toda su potencialidad (Marotta, 2011, pp. 21-22).

Los intelectuales de Comunión y Liberación subrayan la importancia de los recursos humanos, la creatividad y la fuerza de la sociedad civil y para ellos el fin último de las políticas públicas debe estar dirigido a dar espacio precisamente a la sociedad civil, valorando su acción hasta tal punto de considerarla como la única que realmente puede impulsar una transformación del *welfare* público, haciendo que éste se convierta en un instrumento para el desarrollo (Marotta, 2011, p. 22). Por tanto, las políticas sociales no deben ocuparse de aquellas tareas que la sociedad civil puede desarrollar por sí sola, sino que deben favorecer que ésta actúe con la máxima autonomía posible (Marotta, 2011, p. 22). Es inevitable percibir en estas ideas la importancia que tiene la subsidiariedad como método en la vida política durante los mandatos del Presidente Formigoni. De hecho, así ha sido reconocido en relación al sistema sanitario lombardo por el Dr. Carlo Lucchina, ex-director general de la Dirección General de Sanidad, el cual de forma tajante al ser preguntado por las influencias intelectuales que pesan sobre el sistema sanitario

¹¹⁹ Cielino: término utilizado para identificar lo perteneciente a Comunión y Liberación.

lombardo, no vaciló en responder de inmediato: "la subsidiariedad" (Lucchina, 2014, Apéndice C, p. 4).

En relación a esto último, Marotta (2011, p. 22) reproduce parte de una entrevista dirigida al Prof. Vittadini, que por su claridad e importancia para este estudio se expone a continuación:

"El concepto de *welfare society* puede ser considerado el punto de partida y de cambio radical para la superación del actual modelo estatal que está bloqueando el desarrollo de nuestro país, [...] y que excluye de la universalidad del servicio a una cuota creciente de la población. El punto cardinal de este modelo de desarrollo es el principio de subsidiariedad, caracterizado por la idea de que la auto-responsabilidad, la competencia de la persona y del grupo en el entorno donde pertenecen, se convierta en un aspecto determinante, ya sea en los asuntos privados como en la esfera pública, siempre para el bien común [...], desde la seguridad de que es posible responder en modo adecuado a las necesidades partiendo de la persona [...], por este motivo es necesario lanzar y sostener una fuerte alianza entre público, privado y privado sin ánimo de lucro".

Para proseguir, es necesario detenerse brevemente en el tipo de concepto de subsidiariedad promovido en el sistema político lombardo general. El principio de subsidiariedad ha encontrado su formulación teórica más proporcionada en la doctrina social de la Iglesia¹²⁰, teniendo presente que la subsidiariedad no ha sido sólo ejercida por la Iglesia sino también por la extensa tradición laica, socialista y obrera del siglo XIX en el caso italiano (Brugnoli y Vittadini, 2008, p. 23). El principio de subsidiariedad, tal y como es concebido por la Iglesia católica, reclama al Estado el cumplimiento de una doble obligación: por un lado, en sentido negativo, éste debe abstenerse de intervenir cuando los individuos o asociaciones inferiores pueden desarrollar una determinada función por

¹²⁰ La primera formulación del principio de Subsidiariedad se remonta a la Encíclica *Quadragesimo Anno* de Pio XI en 1931: "Conviene, por tanto, que la suprema autoridad del Estado permita resolver a las asociaciones inferiores aquellos asuntos y cuidados de menor importancia, en los cuales, por lo demás perdería mucho tiempo, con lo cual logrará realizar más libre, más firme y más eficazmente todo aquello que es de su exclusiva competencia, en cuanto que sólo él puede realizar, dirigiendo, vigilando, urgiendo y castigando, según el caso requiera y la necesidad exija. Por lo tanto, tengan muy presente los gobernantes que, mientras más vigorosamente reine, salvado este principio de función "subsidiaria", el orden jerárquico entre las diversas asociaciones, tanto más firme será no sólo la autoridad, sino también la eficiencia social, y tanto más feliz y próspero el estado de la nación". (Papa Pio XI, 1931, punto 80.)

sí solos y, por otro lado, en sentido positivo, debe ayudar y sostener la iniciativa de los particulares y de las realidades sociales cuando sea necesario (Brugnoli y Vittadini, 2008, p. 23). Por tanto, según Brugnoli y Vitadini (2008, p. 23), la obligación del gobierno de limitarse en su acción y de ayudar en la necesidad "implica el reconocimiento y la afirmación de la libertad del hombre como una dimensión primaria y constructiva en el ámbito social e institucional".

Aunque ambos autores matizan que la perspectiva desde la que se parte es más bien positiva que negativa, donde la acción del hombre no está definida por la sospecha, como es concebida en el contrato social de Hobbes (Brugnoli y Vittadini, 2008, p. 18), y, por tanto, es necesario protegerse contractualmente del Estado y del individuo que sigue su deseo particular y de las consecuencias que sus acciones pueden tener sobre el bien común, sino que se parte de una antropología positiva basada en la confianza de un resultado bueno para sí y para todos los demás desde su tensión constructiva (Brugnoli y Vittadini, 2008, pp.18-24).

De esta manera, para aquellos exponentes políticos, intelectuales, expertos y diversos actores que han inspirado y creado el sistema sanitario lombardo, hablar de subsidiariedad ha significado poner en el centro de la acción social, económica y política al sujeto humano dotado de su entera libertad, sin censurar su deseo de bien individual, ya que éste es extrapolable al deseo de bien colectivo (Brugnoli y Vittadini, 2008, p. 23). Pero ¿cómo se ha traducido esta forma de entender la realidad y las relaciones en las políticas públicas y concretamente en la sanitaria?

El Dr. Carlo Lucchina (2014, Apéndice C, p. 4) interpelado sobre esta cuestión, respondía que la Ley 31/97 introdujo un modelo inspirado en el principio de subsidiariedad apoyándose en tres conceptos fundamentales. El primero de ellos hace referencia a la libertad de elección del ciudadano, puesto que el ciudadano es libre geográficamente, pudiendo decidir ser tratado en cualquier ciudad de la Región de Lombardía. Segundo, la división de funciones (compra y provisión del servicio sanitario) entre el ente que gestiona, es decir, la Empresa Sanitaria Local (ASL) y el ente que provee el servicio, la Empresa Hospitalaria (AO). Y tercero, la igualdad de condiciones entre organismos públicos y las estructuras privadas acreditadas, ambos proveedores de servicios sanitarios con los mismos derechos y los mismos deberes. Además, de forma particular es necesario señalar la garantía de este último aspecto, porque en palabras del Dr. Lucchina (2015,

Apéndice C, p. 4) sin este principio, sin la subsidiariedad (más sociedad, menos Estado), sería el Estado o la Región (como institución) la que regiría la oferta sanitaria, sin embargo la oferta sanitaria no debe ser regulada por nada ni por nadie que no sea la demanda, que a su vez viene dictada por la necesidad real de la ciudadanía.

Lo expuesto hasta ahora evidencia que el principio de subsidiariedad ha impregnado el modo de hacer y de entender la política en Lombardía y, por consiguiente, ha sido central a la hora de concebir la reforma sanitaria. Pero no se debe olvidar el segundo aspecto, al que se aludía al inicio del epígrafe y que hace realizable la reforma sanitaria bajo criterios subsidiarios, es decir, las influencias de la Nueva Gestión Pública en el desarrollo de las políticas públicas de la Región de Lombardía.

Como se ha visto en el anterior epígrafe, en los años 80 del siglo pasado surgió un movimiento de opinión que criticaba la organización y la acción del Estado con la convicción de que la administración pública además de ser intervencionista, era lenta y onerosa, lejana de los problemas y necesidades de los ciudadanos a los que ofrecía servicios de baja calidad. Debido precisamente a los efectos perversos que conlleva el modelo burocrático, esta realidad era considerada como un gran obstáculo que impedía el desarrollo social y la adaptación a los nuevos problemas colectivos.

La Nueva Gestión Pública tiene como objetivo impulsar una nueva dinámica basada en la competición, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios prestados a los ciudadanos. Esto significaría una reducción del papel del Estado en algunas de las funciones que le fueron atribuidas durante la etapa de expansión y afianzamiento del Estado de Bienestar, pero sobretudo en la gestión y provisión de los servicios públicos. El instrumento central inspirado por la Nueva Gestión Pública es la introducción de los cuasi-mercados, que, como se ha anticipado, consiste en la introducción de un sistema donde el Estado financia pero no es el actor o sujeto que necesariamente provee el servicio público, sino que permite la presencia de proveedores públicos y privados, que compiten entre sí para atraer a los usuarios, recibiendo a cambio recursos públicos (Brugnoli y Vittadini, 2008, p. 26).

La experiencia de los cuasi-mercados en la gobernanza subsidiaria promovida bajo los distintos gobiernos del Presidente Formigoni ha sido fundamental como instrumento del cambio en las políticas sociales y, particularmente, en la política sanitaria. De hecho, la

introducción de los cuasi-mercados va entrelazada con el principio de subsidiariedad. Del paradigma teórico a la práctica es posible identificar tres instrumentos esenciales que han sido introducidos en las políticas públicas lombardas (Brugnoli y Vittadini, 2008, p. 29), entre ellas la sanitaria, y que muestran la conexión entre subsidiariedad y Nueva Gestión Pública:

- El pluralismo de la oferta: para hacer efectivo este instrumento ha sido necesario diseñar un nuevo sistema que separara los entes proveedores y los entes programadores, así como separar la propiedad de la gestión (Brugnoli y Vittadini, 2008, p. 29).
- La libertad de elección: para dar cabida a este principio se ha puesto en marcha un sistema de acreditación para las estructuras privadas que se ofrecían como proveedores. Además del sistema de acreditación, posteriormente se ha configurado un sistema de evaluación de la calidad que también se aplica a las estructuras públicas y que por tanto pone al mismo nivel de derechos de obligaciones a todos los proveedores del sistema (Lucchina, 2015, Apéndice C, p. 4).
- La subsidiariedad fiscal: entre los instrumentos que la Región de Lombardía ha puesto a disposición de aquellos grupos de ciudadanos objeto de estas políticas figuran bonos, *vouchers*¹²¹, dotes, así como la implantación de un mecanismo de deducciones y deducciones fiscales.

Además para finalizar, sería oportuno resaltar que en el caso de la política sanitaria, la Región de Lombardía ha utilizado en el interior de su organización otras lógicas o instrumentos promovidos por la Nueva Gestión Pública, como por ejemplo, la transposición de prácticas empresariales¹²² en la estructura de las ASL-Empresas Sanitarias Locales y en las AO-Empresas Hospitalarias, con el objetivo de incentivar un

¹²¹ Los *vouchers* son una especie de vales que permiten al ciudadano elegible, según criterios establecidos por la Región de Lombardía, canjear por un determinado servicio público. Se entiende por 'ciudadano elegible' aquel que cumple una serie de requisitos económicos y sociales para ser beneficiario de determinadas ayudas.

¹²² Tanto las Empresas Sanitarias Locales, como las Empresas Hospitalarias están dirigidas normalmente por 3 directores (el director general, el director administrativo y el director sanitario).

ambiente más profesional dentro de la Administración Pública, utilizando de manera responsable todos los recursos al alcance.

9.3 Consideraciones finales.

En los últimos tres capítulos de esta investigación se ha podido analizar detenidamente el caso de estudio. En líneas generales, la profundización de ambos sistemas sanitarios, tanto del SERMAS como del *Sistema Sanitario Regionale - Lombardia*, ha permitido verificar lo que se planteó en la justificación de la elección del caso. Esto es, sendos sistemas comparten varias características como son la descentralización de competencias a las regiones o la introducción de mecanismos de mercado en sus respectivos sistemas, pero las decisiones que se toman son distintas.

Como también se anunciaba en la introducción de este trabajo de investigación, el periodo elegido (2000-2014) no sólo vino acompañado por una similitud en los cambios en los dos sistemas sanitarios, sino que desde 1995 han gobernado en las dos regiones gobiernos de una misma familia política, cuyos partidos políticos se encuentran actualmente inscritos al Partido Popular Europeo. Teniendo lugar este hecho parecería normal que las decisiones fueran formalmente iguales, visto que éstas se justificarían en una misma o parecida visión de afrontar una misma realidad.

El objetivo de este último epígrafe ha sido el de intentar dotar de todos aquellos elementos que puedan explicar las razones de estas diferencias. De esta manera, a través de las entrevistas realizadas a actores relevantes de los diferentes sistemas sanitarios regionales, se ha intentado ahondar en las ideas y valores que han justificado las acciones políticas en cada región y cómo éstas han sido llevadas a la práctica. Sobre todo en este último epígrafe hemos tenido la oportunidad de profundizar los recursos cognitivos de los que los actores políticos se han valido para diseñar una determinada política sanitaria.

A continuación se presentan las conclusiones de esta investigación tras haber realizado un largo recorrido que ha permitido identificar el contexto en el que tienen lugar las decisiones de las políticas sanitarias. Recorrido que también ha desvelado la gran complejidad en la que pueden estar inmersos los sistemas sanitarios de cada uno de los países, o como el caso que ocupa esta investigación, de cada una de las regiones.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación ha tenido como orientación principal indagar sobre las decisiones en las políticas sanitarias en el proceso de cambio de los modelos de Servicio Nacional de Salud descentralizados. Para ello, se ha elegido como caso la transformación del modelo sanitario de dos regiones, cuyos sistemas de bienestar, según Ferrera (1996, pp. 29-30), se situarían dentro de los modelos del sur de Europa o modelos mediterráneos al presentar características distintas si los comparamos con los sistemas de bienestar continentales o corporativistas, donde la literatura y, en particular, Esping-Andersen, tradicionalmente los había clasificado.

A pesar de que el caso de estudio se encuentra en el centro del debate político actual, claramente no es de los más estudiados en la literatura comparada. Este hecho se podría explicar no sólo por el contexto de complejidad en el que se encuentra inmerso sino también por los riesgos que conlleva afrontar tal desafío. Entre los retos que ha implicado esta investigación destaca el estudio de las transformaciones de los sistemas sanitarios en el marco de los procesos de reforma, donde la descentralización regional y la orientación al mercado han cobrado un especial protagonismo. Vincular estos procesos de transformación con las decisiones presentes en el sistema ha planteado dificultades que en la sucesión de los capítulos se han intentado superar, aportando diferentes elementos que permitieran entender y contextualizar dicho objeto de estudio.

Aun así la idea central de partida en la comparación de las decisiones se asentaba en la posibilidad de poder identificar las relaciones causales entre ciertas características del proceso decisional y la capacidad de éstas de modificar el sistema como resultado de la propia opción política (Dente y Subirats, 2014, p. 286). Este es el punto crítico sobre el cual esta tesis pretende contribuir. En los anteriores capítulos se han analizado y descrito cómo las diferentes opciones llevadas a cabo por los actores políticos de los dos sistemas sanitarios regionales se han traducido en términos normativos, organizativos y de gestión, y se ha verificado que, aunque las posiciones políticas de ambos gobiernos fueran cercanas, los resultados, en cambio, han sido distintos. Este hecho ha llevado a profundizar el marco en el que se mueven los sistemas sanitarios, para así encontrar las condiciones que hacen interpretar sus transformaciones.

Teniendo en cuenta el esquema del modelo heurístico de la transformación en los sistemas sanitarios de Schmid et al. (2010, p. 461), que se representó en la introducción de esta tesis, es importante recordar cómo, desde una perspectiva estructural, los factores más importantes son los propios sistemas sanitarios con sus específicas funciones, sus respectivas ventajas y desventajas, con sus actores organizados según sus respectivos intereses. Los sistemas sanitarios ante la búsqueda de soluciones se transforman en base a las características que ya contiene el propio sistema (estructuras institucionales o determinados actores), pero en cambio esta transformación normalmente es guiada por el sistema de valores presente en los actores que consiguen imponer sus preferencias, modificando en determinadas ocasiones los caminos tradicionales para responder a un cierto problema e introduciendo nuevos elementos que en principio no eran específicos del sistema (Schmid et al., 2010, p. 462).

En este sentido, la aportación de Wendt et al. (2009, p. 82), cuyo estudio se ha centrado en la búsqueda de una clasificación de modelos de los sistemas sanitarios, partiendo de las combinaciones que se pudieran dar entre las distintas dimensiones presentes en éstos (la financiación, la provisión y la regulación) y los diferentes actores (Estado, actores sociales y el mercado-privado), ha sido valiosa a hora de identificar cómo han evolucionado los sistemas sanitarios y las tendencias que éstos siguen como consecuencia de las presiones externas, tales como el envejecimiento de la población o la innovación tecnológica. No obstante, aunque a través de esta clasificación se puede verificar cómo los sistemas sanitarios se van modulando, la cuestión planteada al inicio de este estudio queda sin responder, no explicando lo que realmente hace que los resultados sean diferentes.

En los apartados dedicados a la evolución de los distintos sistemas sanitarios que se han expuesto en este trabajo, se ha podido comprobar cómo esta combinación entre dimensiones y actores es dinámica, cambia en relación a los problemas que acucian al sistema, y, por tanto, se trata de un objeto en continua evolución y cambio. Sin embargo, es también apreciable el peso que tiene, por ejemplo, en algunos casos, la tradición, en otros, el bagaje de las ideas. Ya sea en estos u otros casos, lo cierto es que las decisiones vienen marcadas por una cierta manera de entender los problemas y, a su vez, esta concepción se traduce en una determinada acción política.

El objeto teórico del estudio se ha centrado precisamente en la toma de decisiones, es decir, en el modelo de racionalidad y en relación a éste se ha podido comprobar, tanto en la descripción del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid como en el de la Región de Lombardía, que la presencia predominante es la del actor gubernamental, que además controla el proceso de decisión. La estructura de la toma de las decisiones parece obedecer al modelo lineal del tipo de relaciones entre actores y proceso decisorio de Vallés (2010, p. 403), donde el partido político elegido democráticamente llega al poder habiendo previamente identificado las demandas y problemas que le han sido trasladadas a su vez por la sociedad o por grupos de interés. Una vez instalado en el poder intenta responder a esas demandas a través de la puesta en marcha de políticas públicas.

Por tanto, es necesario destacar que el modelo de racionalidad que subyace en ambas regiones se apoya en los dos gobiernos regionales como actores principales, que legitimados por el apoyo de los electores-ciudadanos aplican las medidas recogidas en sus programas electorales. De esta manera, los demás actores del sistema, como pueden ser la propia administración sanitaria y los grupos de interés, colegios de médicos u otros profesionales sanitarios, no están legitimados para variar la política de los electores. Tanto lo expuesto en el párrafo anterior como en este último respondería la pregunta principal de la investigación (¿Cuál es el modelo de racionalidad y la estructura de la decisión en los sistemas sanitarios de la Comunidad de Madrid y de la Región de Lombardía?).

Siguiendo las constataciones de la presente investigación, se ha podido comprobar en el último capítulo cómo los dos gobiernos regionales, para sustentar sus reformas, se han justificado en una serie de recursos y se han apoyado en determinados principios. Sin embargo, en la profundización de estos recursos cognitivos se ha podido constatar que, si bien los dos gobiernos parten de un mismo enfoque (que proclama la ineficiencia del sector público y que tanto las jerarquías como las burocracias deben ser sustituidas por el mercado), la modalidad en la que utilizan los instrumentos que ofrece la Nueva Gestión Pública es diferente y este hecho podría encauzar el citado problema de estudio, ya que sería posible cotejar si son las decisiones las que verdaderamente hacen mutar un sistema sanitario y no otras variables como el envejecimiento de la población.

Al analizar, en el capítulo precedente, los recursos cognitivos de los que se valen los dos gobiernos para elaborar su propia política sanitaria, parece ser que los valores que sustentan las decisiones en la Comunidad de Madrid, dirigidas a la maximización, a la eficiencia en el sector público y a satisfacer las preferencias de los ciudadanos, son sutilmente distintos de los valores que han impulsado las políticas sanitarias de la Región de Lombardía, donde se ha priorizado el impulso de la intervención subsidiaria de la autoridad regional, garantizando así un servicio público más eficiente, incluyendo la participación de la sociedad civil y la iniciativa privada.

La diferencia, como se puede entrever en el anterior capítulo y cómo se puede comprobar en la entrevista realizada al ex-Director General de Sanidad de la Región de Lombardía, estriba en la aplicación de la subsidiariedad como principio motor de la reforma lombarda (Lucchina, 2014, Apéndice C, p. 4). Esto es, mientras que las decisiones en la política sanitaria de la Comunidad de Madrid se basan en la introducción de instrumentos que orientan el sistema hacia una provisión de los servicios al sector privado, en la Región de Lombardía se utilizan esos mismos instrumentos de la Nueva Gestión Pública como complemento de actuación del principio de subsidiariedad, pero manteniendo a la misma vez un modelo fuertemente inspirado en el Estado Social.

Ha sido inevitable al afrontar las conclusiones de este trabajo de investigación mantenerse en alerta para no desviar la hipótesis, puesto que el resultado que obtienen las dos regiones son diferentes. Mientras la Comunidad de Madrid fracasa en su intento de reforma, la Región de Lombardía alcanza el éxito, un éxito que se traduce en la creación de un nuevo modelo.

Este hecho podría llevar a confundir el éxito o el fracaso, es decir, el resultado de la decisión con la validez del enunciado de la hipótesis. El foco debe centrarse no en el resultado positivo o negativo, sino en la verificación de los recursos cognitivos como instrumentos que hacen que las decisiones sean diferentes. El que sean diferentes no explican la consecuencia (éxito o fracaso), sino que serían los valores e ideas los que explicarían las transformaciones de los modelos sanitarios, haciendo que éstos tomen expresiones distintas y quizás con resultados distintos.

Hubiera sido muy interesante haber podido verificar el nexo entre el resultado y el tipo de recurso de cognitivo utilizado, pero en el trabajo de campo se ha hecho muy difícil obtener información que se pudiera cotejar posteriormente desde el punto de vista académico. Por otra parte, también ha sido complejo poder realizar entrevistas a otros actores que no fueran sólo los gubernamentales, pues aunque se han mantenido conversaciones informales con profesionales sanitarios, concretamente médicos/as, enfermeros/as y otro personal sanitario, sobre las decisiones adoptadas en las reformas sanitarias, éstos eran reticentes a realizar entrevistas que más tarde tuvieran que ser públicas.

En cualquier caso, lo que sí se podría afirmar es que en el caso de la Comunidad de Madrid los recursos cognitivos utilizados por los opositores (profesionales sanitarios, sindicatos y sociedad civil) se han impuesto a las preferencias adoptadas por el actor principal dotado de legitimidad, es decir, el Gobierno de la Comunidad de Madrid, consiguiendo que no se implantara la reforma concebida por la Consejería de Sanidad. Por tanto, este hecho verifica que los valores e ideas de los opositores han incidido en el proceso de reforma impidiendo que ésta se realizara, cambiando así el rumbo del modelo.

En este sentido, la entrevista realizada al ex-Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha sido muy clarificante, llegando incluso a reconocer la posición de liderazgo que en el sistema sanitario madrileño las profesiones sanitarias, sobretodo médicos/as, poseen (Fernández-Lasquetty 2015, Apéndice B, p. 14). Para el ex-Consejero de Sanidad, el rol que pueden desempeñar los médicos/as en el proceso de reforma puede ser y en el caso de la Comunidad de Madrid ha sido determinante en la paralización de la política sanitaria diseñada por el actor político.

Por tanto, según lo expuesto, tanto en términos positivos, en el caso de la Región de Lombardía, como en términos negativos, en el caso de la Comunidad de Madrid, podría sostenerse tentativamente la hipótesis formulada en la introducción de esta investigación. Se ha de recordar que la hipótesis enunciaba que los valores que inspiran las decisiones de las políticas sanitarias tanto en una región como en otra son los que explicarían el cambio en el modelo sanitario y no variables como el incremento de los costes asistenciales derivados de la innovación tecnológica o del envejecimiento de la población. Esto sólo se puede justificar valorando el peso que los marcos cognitivos tienen en el proceso.

En el caso de la Región de Lombardía, si se analiza el resultado derivado del impulso (intelectual) transmitido por el Presidente Roberto Formigoni es posible verificar que se ha originado, así como se ha mencionado en los capítulos anteriores, un modelo sanitario específico y único en Italia. En el caso de la Comunidad de Madrid, los marcos cognitivos no han permeado el sistema sanitario con la misma fuerza e ímpetu, pero esto no quiere decir que éstos no sean los que explican las decisiones en la formulación de la política sanitaria.

En este sentido, no habiendo realizado un amplio trabajo de campo, pero teniendo en cuenta toda la información aportada a lo largo de la investigación, se puede concluir tentativamente que, si bien los resultados en términos de éxito y fracaso son distintos en ambas regiones, es posible que los valores en los que se han sustentado e inspirado las reformas sanitarias de una y otra región sean los que expliquen las decisiones de las políticas sanitarias de sendos sistemas sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Villanueva, L. F. (1992). Estudio introductorio y Edición. En MA. Porrúa (Ed.), *El estudio de la Políticas Públicas*. México D.F, México: Colección Antologías de Política Pública.
- Aguilar Villanueva, L. F. (2007). *Marco para el análisis de las políticas públicas*. Conferencia realizada en el I Encuentro Presidencial de la Maestría en Políticas Públicas Comparadas, Flasco México.
- Aguirre, Esperanza (2007). Programa electoral a las elecciones autonómicas de 2007 a la Asamblea de Madrid.(Consultado el 7 de mayo de 2015). Recuperado de <http://www.ppmadrid.es/wp-content/uploads/programas/ProgramaPPMadrid07.pdf>
- Aguirre, Esperanza (2011). Discurso de investidura. (Consultado el 6 de mayo de 2015). Recuperado de http://www.madrid.org/esperanzaaguirre/descargas/pdf/investidura14_6_11.pdf
- Anderson, O. (1963). Medical care: its social and organizational aspects. Health services systems in the United States and other countries. *The New England Journal of Medicine*, (269), 839-843.
- Atun, R. (2007). Privatization as decentralization strategy. En R.B Saltman, V. Bankauskaite y K. Vrangbaek (Eds.), *Decentralization in health Care. Strategies and outcomes* (pp. 246-271). Berkshire: McGrawHill Open University Press. Organización Mundial de la Salud. (Consultado el 13 de marzo de 2014). Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf
- Azienda Sanitaria Locale - Milano. (Consultado el 25 de octubre de 2014) Recuperado de www.asl.milano.it

- Bankauskaite, V. y Saltman R. (2007). Central issues in the decentralization debate. En R.B Saltman, V. Bankauskaite y K. Vrangbaek (Eds.), *Decentralization in health Care. Strategies and outcomes* (pp. 246-271). Berkshire: McGrawHill Open University Press. Organización Mundial de la Salud. (Consultado el 12 de marzo de 2014). Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf
- Beveridge, W. (1944). *Full Employment in a free society: a summery*. Londres: The new statesman and nation and Reynolds news. (Consultado el 6 de febrero de 2015). Recuperado de http://lib-161.lse.ac.uk/archives/beveridge/9A_79_Full_employment_in_a_free_society.pdf
- Blackwell, J. (2014). *Glossary for NHS finance and governance*. HFMA Online Academy.
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. y Rothgang, H. (2012). Classifying OECD healthcare systems: A deductive approach. *TranState Working Papers*, (65).
- Boni, S. (Ed.) (2007). I sistemi di Governance dei Servizi Sanitari Regionali. *Quaderni Formez*, (57). (Consultado el 26 de octubre de 2014). Recuperado de http://biblioteca.formez.it/webif/media/QuaderniFormez_57.pdf
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1), 1–486. (Consultado el 7 de marzo de 2014). Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf
- Brugnoli, A. (2008). *L'investimento nella buona salute dei cittadini come risorsa e fattori di sviluppo regionale*. Milán: Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia.
- Brugnoli, A. y Vittadini, G. (2008). *La sussidiarietà in Lombardia: i soggetti, le esperienze, le policy*. Milán: Guerini e Associati.

- Brugnoli, A. (8 de abril de 2014) en *Stati generali della Salute*. [Audio en podcast]. Radio Radicale. (Consultado el 10 de diciembre de 2014). Recuperado de <http://www.radioradicale.it/scheda/408022/stati-general-della-salute-prima-giornata-dei-lavori>
- Bureau, V. y Blank, RH. (2006). Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems . *Journal of Comparative Policy Analysis*, I (8), 63-76. (Consultado el 16 de febrero de 2013). Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13876980500513558>
- Busse, R. y Blümel, M. (2014). Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 16 (2), 1–296. (Consultado el 20 de noviembre de 2014). Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf
- Busse, R. y Riesberg A. (2004) *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. (Consultado el 15 de marzo de 2014). Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf
- Cabo Salvador, J., Cabo Muiños, J. e Iglesias, J.(2010). Sistemas de Salud y Reformas Sanitarias en España, Canadá y Estados Unidos. En J. Cabo Salvador, *Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada*, capítulo 1. Madrid: Centro Estudios Financieros (CEF).
- Camenzind, P. (2012). The Swiss Health Care System 2012. En M. Jun, R. Osborn, D. Squires y S. Thomson (Eds.), *International Profiles of Health Care Systems 2012* (pp. 99-105). The Commonwealth Fund. (Consultado el 2 de febrero de 2014). Recuperado de http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf

- Caravita di Toritto, B. (2006). La Costituzione italiana dopo le Riforme del Titolo V. Progetto Scenari del Federalismo. En M. Covino (Coordinador), *Federalismo e Regionalismo in Italia dopo la Riforma del Titolo V* (pp.5-35). Formez PA. (Consultado el 30 de noviembre de 2014). Recuperado de [http://db.formez.it/fontinor.nsf/83c5d9cb1697d1a1c1256ffc003644ad/6F27477E87FD6CFAC12571FD003C2D29/\\$file/Formez_caravita_finale.pdf](http://db.formez.it/fontinor.nsf/83c5d9cb1697d1a1c1256ffc003644ad/6F27477E87FD6CFAC12571FD003C2D29/$file/Formez_caravita_finale.pdf)
- Coller, X. (2005). Estudio de Casos. Cuadernos Metodológicos 30. CIS Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- Comunión y Liberación. Movimiento eclesial católico. (Consultado el 2 de mayo de 2015). Recuperado de <http://espanol.clonline.org/default.asp?id=518>
- Criado, A. (6 de julio de 1991). El ‘Informe Abril’ sugiere un sistema de financiación de la sanidad que implica la desaparición del Insalud. *El País*. (Consultado el 21 de octubre de 2014). Recuperado de http://elpais.com/diario/1991/07/06/sociedad/678751210_850215.html
- Cristoferi, Filippo (2013). Entrevista personal realizada por Inmaculada Mateos Buendía el 30 de enero de 2013.
- Crivellini, M. y Galli, M. (2011). *Sanità e Salute: due storie diverse. Sistemi sanitari e salute nei paesi industrializzati*. Milán: Edizioni Francoangeli.
- Cuocolo, L. y Candido, A. (2013). L’incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia. *Forum di Quaderni Costituzionali Rassegna*. (Consultado el 26 de septiembre de 2014). Recuperado de http://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/documenti_forum/paper/0425_cuocolo_candido.pdf
- Dalhgren, G. y Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional en Europa. (Consultado el 2 de Marzo de 2013). Recuperado de <http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
- Dente B. y Subirats J. (2014). *Decisiones públicas: análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas*. Barcelo, España: Arien Ciencias Sociales.

- Díaz de Sarralde, S. (2011). La Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales en el nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas. *Presupuesto y Gasto Público*, 62/2011, 85-99. (Consultado el 20 de noviembre de 2014). Recuperado de http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/62_05.pdf
- Dubos, R. (1980). *Man Adapting*. New Haven: Yale University Press.
- Dunn, HL. (1959) What high-level wellness means. *Can. J. Public Health*, 50, 447–457. (Consultado el 15 de Abril de 2014). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13818678>
- El Constitucional anula el euro por receta también en Madrid (3 de junio de 2014). *El Mundo*. (Consultado el 15 de marzo de 2015). Recuperado de <http://www.elmundo.es/madrid/2014/06/03/538da265e2704e62348b4576.html>
- El Informe Abril (29 de septiembre de 1991). *El País*. (Consultado el 21 de octubre de 2014). Recuperado de http://elpais.com/diario/1991/09/29/opinion/686095208_850215.html
- España. (1978). *Real Decreto Ley 36/1978, de 18 de noviembre, sobre la Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo*. (Consultado el 2 de noviembre de 2014). Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1978/11/18/pdfs/A26246-26249.pdf>
- España. (1980). *Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA)*. (Consultado el 2 de noviembre de 2014). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1980/BOE-A-1980-21166-consolidado.pdf>
- España. (1983). *Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid*. (Consultado el 10 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=104&cdestado=P>

- España. (1983). *Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid*. (Consultado el 9 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.madrid.org/ICMdownload/KBHECEQ.pdf>
- España. (1983). *Real Decreto 1959/1983, de 29 junio, traspaso de funciones y servicios del Estado a la Comunidad de Madrid y funcionamiento de la comisión mixta prevista en la disposición transitoria 2 de su Estatuto de Autonomía*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/pdf/1983/BOE-A-1983-20001-consolidado.pdf>
- España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad*. (Consultado el 2 de noviembre de 2014). Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499
- España. (1994). *Ley 30/1994, de 24 noviembre, de fundaciones e incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general*. (Consultado el 6 de octubre de 2014). Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1994/11/25/pdfs/A36146-36164.pdf>
- España. (1997). *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1997/04/26/pdfs/A13449-13450.pdf>
- España. (2001). *Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid*. (Consultado el 10 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.madrid.org/ICMdownload/PDNR.pdf>
- España. (2001). *Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas en régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía*. (Consultado el 15 de noviembre de 2014). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2001/12/31/pdfs/A50383-50419.pdf>

- España. (2001). *Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre el traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.madrid.org/ICMdownload/CAABR.pdf>
- España. (2003). *Ley 13/2003, de 23 mayo, reguladora del contrato de concesión de obras públicas*. (Consultado el 15 de noviembre de 2014). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/24/pdfs/A19932-19954.pdf>
- España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
- España. (2005). *Decreto 16/2005, de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de <http://gestiona.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&idnorma=3452&word=S&wordperfect=N&pdf=S>
- España. (2007). *Ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del sector público*. (Consultado el 6 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/31/pdfs/A44336-44436.pdf>
- España. (2008). *Decreto 24/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el régimen jurídico y funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.madrid.org/ICMdownload/ZAWFC.pdf>
- España. (2009). *Decreto 6/2009, de 16 noviembre, de la libertad de elección en la Sanidad de Madrid*. BOCM, n. 274 de 18 noviembre.
- España. (2009). *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y las ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. (Consultado el 15 de noviembre de 2014). Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2009/12/19/pdfs/BOE-A-2009-20375.pdf>

- España. (2010). *Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.madrid.org/ICMdownload/WSSLU.pdf>
- España. (2011). *Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623
- España (2012). *Decreto 112/2012, de 11 de Octubre, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se modifica el Decreto 22/2008, de 3 de abril, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad*. (Consultado el 15 de marzo de 2013). Recuperado de <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&idnorma=6045&word=S&wordperfect=N&pdf=S>
- España. (2012). *Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- España (2014). *Decreto 23/2014, de 6 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud*. (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de http://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2014/03/07/BOCM-20140307-1.PDF
- España, Comunidad Autónoma de Madrid, Consejería de Sanidad. *Organigrama*. (Consultado el 12 de septiembre de 2014). Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1109265844018&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109265844018>
- España, Comunidad Autónoma de Madrid, Consejería de Sanidad (2012). *Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2012*. Consultado

el 20 de septiembre de 2014. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142588809240&pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal

España, Comunidad Autónoma de Madrid, Instituto de Estadística. *Poblaciones de referencia de la Comunidad de Madrid. Tablas*. [página web con tablas]. (Consultado el 9 de noviembre de 2014). Recuperado de http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob_ref_1.htm

España, Consejo Económico y Social. (2010). *Informe 01/2010: Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario*. (Consultado el 20 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.ces.es/documents/10180/18510/Inf0110>

España, Consejo de Política Fiscal y Financiera. (2009). *Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía*. (Consultado el 15 de noviembre de 2014). Recuperado de http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/AcuerdosConsejo/Acuerdo%206_2009%20Reforma%20Sistema%20Financiacion%20C3%B3n.pdf

España, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Quiénes somos*. (Consultado el 31 de diciembre de 2014). Recuperado de http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/quienes_somos/index.htm

España, Instituto Nacional de Estadística. (Consultado el 9 de noviembre de 2014). Recuperado de www.ine.es

España, Instituto Nacional de Estadística (2012a). *Datos en relación a la esperanza de vida en España en 2012, actualizado a 2014*. (Consultado el 20 de Septiembre de 2014). Recuperado de

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

España, Instituto Nacional de Estadística (2012b). *Datos en relación a la tasa de mortalidad en España en 2012, actualizados en 2014*. (Consultado el 20 de septiembre de 2014). Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>

España, Instituto Nacional de Estadística (2012c). *Datos en relación a la tasa de natalidad en España en 2012, actualizados en 2013*. (Consultado el 20 de septiembre de 2014). Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np784.pdf>

España, Ministerio de Sanidad. (Consultado el 30 de noviembre de 2014). Recuperado de www.salute.gov.it

España, Ministerio de Sanidad y Política Social. (2008). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2008 - Madrid*. (Consultado el 23 de abril de 2013). Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/MadridSNS2008.pdf>

España, Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Sistema Nacional de Salud España 2010*. (Consultado el 1 de noviembre de 2014). Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>

España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*. Madrid, España: Instituto de Información Sanitaria (Consultado el 30 de marzo de 2014). Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*. (Consultado el 30 de marzo de 2014). Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

- España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud. España 2012* [monografía en internet]. (Consultado el 1 de noviembre de 2014). Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf
- España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013*. (Consultado el 20 de septiembre de 2014). Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
- España, Servicio Público de Empleo. (Consultado el 4 de enero de 2015). Recuperado de <http://www.sepe.es/>
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim - IVEI.
- EUROSTAT. *Population Data*. [página web con archivos de datos]. (Consultado el 31 de enero de 2015). Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data/database>
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M. (2001). Introduction in: Challenging inequities in health care: from ethics to action. [versión electrónica]. New York: Oxford University Press, 3-11. (Consultado el 16 de febrero de 2013). Recuperado de <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/introductionchallenginginequitieshealthcare.pdf>
- Fattore, G. (2006). Il sistema sanitario nel Regno Unito. En *Le sfide nei rapporti tra i diversi livelli di governo nell'ambito della sanità: analisi comparata*, (capítulo 4, pp. 57-68). Milán: Fondazione Farmafactoring.
- Fernández-Lasquetty, Javier. (2014). Entrevista personal realizada por Inmaculada Mateos Buendía el 12 de diciembre de 2014.
- Ferré, F., Belvis de, AG., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W. y Maresso, A. (2014). Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition*,

- 16 (4), 1-118. (Consultado el 10 de noviembre de 2014). Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf?ua=1
- Ferrera, M. (1996). The “Southern model” of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*. 6, (1), 17-37.
- Field, M.G. (1973). The concept of the ‘health system’ at the macrosociological level. *Social Science and Medicine*, 7, 763-785.
- Figueras, J., Lessof, S., Mckee, M., Durán, A. y Menabde, N. (2012) Health systems, health wealth and societal well-being: an introduction. En J. Figueras y M. McKee (Eds.), *Health systems, health wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems*. Berkshire: Open University Press. McGraw-Hill. Organización Mundial de la Salud (Consultado el 3 de marzo de 2013). Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, (12), 2, 219-245. (Consultado el 25 de marzo de 2015). Recuperado de <http://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1304/1304.1186.pdf>
- Freeman, R. y Frisina, L. (2010). Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12, (1-2), 163-178.
- Furia, G. Sabetta, T. Avolio, M. y Marino, M. (19 de mayo de 2014). Rapporto Osservasalute 2013. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. *Salute Internazionale*. (Consultado el 25 de septiembre de 2014). Recuperado de <http://www.saluteinternazionale.info/2014/05/rapporto-osservasalute-2013/>
- Gallego, R., Gomà, R. y Subirats, J. (2003). *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*. Madrid: Editorial Tecnos.
- García Armesto, S., Abadía Taira, M.B., Durán, A., Hernández Quevedo, C. y Bernal Delgado, E. (2011). España: Análisis del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*, 12 (4), 1–269. (Consultado el 12 de octubre de 2013). Recuperado de

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT_SP.pdf

Ghetti, V. y Gori, C. (17 de enero de 2014). Il welfare regionale prova a cambiare: perchè vi sono resistenze nei servizi. *Lombardiasociale*. (Consultado el 31 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.lombardiasociale.it/2014/01/17/il-welfare-regionale-prova-a-cambiare-perche-vi-sono-resistenze-nei-servizi/>

Giennattasio, M. y Senesi, A. (17 de octubre de 2012). Formigoni cade dopo 17 anni. Ma mette la lega all'angolo. *Il Corriere della Sera*. (Consultado el 25 de octubre de 2014). Recuperado de http://milano.corriere.it/milano/notizie/cronaca/12_ottobre_27/formigoni-cade-dopo-17-anni-mette-lega-angolo-2112442077323.shtml

Gómez García, Jesús (1995). El Estado de Bienestar y el reto de la solidaridad. *Revista Anales de Estudios económicos y empresariales*, (10), 255-276. (Consultado el 6 de febrero de 2015). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=789741>

Harrison, A. (2013). The English Health Care System 2013 en S. Thomson, R. Osborn, D. Squires y M. Jun (Eds.), *International Profiles of Health Care Systems 2013* (pp. 37-44). Washington: The Commonwealth Fund. (Consultado el 25 de diciembre de 2014). Recuperado de http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf

Hassenteufel, P. y Palier, B. (6 de diciembre de 2007). Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. *Social Policy & Administration*. 41, (6), 574 -596.

Hood, C. (Spring, 1991). A Public managent for all seasons? *Public Administration*. (69), 3-19. Royal Institute of Public Administration.

Informe Abril. (1990). Texto de la Proposición Parlamentaria, Serie D, n.13. (Consultado el 4 de noviembre de 2014). Recuperado de <http://www.consorci.org/accessos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interes/resumen%20informe%20abril.pdf>

- Informe Abril Martorell: la reforma sanitaria que llegó 12 años después. (22 de noviembre de 2003). *Diario ABC*. (Consultado el 15 de noviembre de 2014). Recuperado de http://www.abc.es/hemeroteca/historico-22-11-2003/abc/Sociedad/informe-%20abril-%20martorell-la-reforma-sanitaria-que-llego-doce-a%C3%B1os-%20despues_221968.html
- Informe Osservasalute 2013: La sintesi dei risultati regione per regione. [versión electrónica]. (Consultado el 25 de septiembre de 2014). Recuperado de www.edizioniscriptamanet.it/sites/default/files/app/medicine-planet/pubblicazioni//createpdf.pdf
- Italia. (1978). *Legge n. 833 1978, Sanità Pubblica, Servizio Sanitario Nazionale*. (Consultado el 31 de agosto de 2014). Recuperado de http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_231_allegato.txt
- Italia. (1992). *Decreto Legislativo 502/1992, 30 dicembre 1992, riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421*. (Consultado el 6 de septiembre de 2014). Recuperado de <http://www.universita.cisl.it/carlo/documenti/dlgs502-92.pdf>
- Italia. (1997). *Legge regionale, 11 luglio 1997, n.31. Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*. (Consultado el 6 de septiembre de 2014). Recuperado de http://www.aslmn.it/Docs_File/soc_fam_LReg-11-07-1997_n31.pdf
- Italia. (1999). *Decreto Legislativo 229/1999, 19 giugno 1999, norme per la razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419*. (Consultado el 6 de septiembre de 2014). Recuperado de <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/99229dl.htm>
- Italia. (2000). *Decreto del Presidente della Repubblica, 28 luglio 2000, n.270. Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale* (Consultado el 27 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2000-07-28;270>

- Italia. (2001). *Legge Costituzionale, 18 ottobre 2001, n. 3. Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*. (Consultado el 6 de septiembre de 2014). Recuperado de <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/01003lc.htm>
- Italia. (2003). *Decreto Legislativo 228/2003, 16 ottobre 2003, riordino delle discipline degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico*. (Consultado el 26 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2003;288>
- Italia. (2007). *Bullettino Ufficiale della Regione Lombardia del 14 de junio de 2007. Nuclei operativi di controllo*. (Consultado el 25 de enero de 2014). Recuperado de <http://www.consultazioniburl.servizirl.it/pdf/2007/03241.pdf>
- Italia. (2009). *Legge regionale, 30 de diciembre 2009, n.33, Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*. (Consultado el 15 de octubre de 2014). Recuperado de http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/902/17/lr33_09.pdf
- Italia (2012). *Declaración del Presidente Roberto Formigoni al Senado de la República Italiana en relación a los fenómenos de corrupción en el ámbito del servicio sanitario nacional*. (Consultado el 25 de octubre de 2014). Recuperado de http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Stenografici/168_definitivo.pdf
- Italia. (2012). *Decreto Legislativo 158, 14 settembre 2012, disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute*. (Consultado el 30 de noviembre de 2014). Recuperado de <http://www.altalex.com/index.php?idnot=58574>
- Italia, Conferenze Stato Regioni ed Unificata. (Consultado el 5 de diciembre de 2014). Recuperado de <http://www.statoregioni.it/storia.asp?CONF=CSR>
- Italia, Istituto Nazionale di Statistica. *Assistenza sanitaria di base per tipo e anno*. (Consultado el 24 de septiembre de 2014). Recuperado de

http://www.istat.it/it/lombardia/dati?q=gettable&dataset=DCIS_ASSBASE&dim=21,0,0&lang=2&tr=0&te=0

Italia, Istituto Nazionale di Statistica. (2011). *15 Censimento generale della popolazione e delle abitazioni 9 ottobre 2011*. (Consultado el 25 de septiembre de 2014). Recuperado de www.istat.it/archivio.

Italia, Istituto Regionale di Ricerca della Regione Lombardia (2010). *Rapporto fine legislatura: I pilastri del modello lombardo*. (Consultado el 15 de octubre de 2014). Recuperado de http://www.ired.it/lombardia2010/testi/dossier/famiglia-e-salute/la-sanita-sussidiaria/1_I-pilastri-del-modello-lombardo.pdf

Italia, Ministero della Salute. *Cosa sono i LEA*. (Consultado el 30 de noviembre de 2014). Recuperado de http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1300&area%20=programmazioneSanitariaLea&menu=lea

Italia, Regione Lombardia, Direzione Generale di Salute . (Consultado el 25 de octubre de 2014). Recuperado de http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Sanita%2FDGHomeLayout&cid=1213277054618&pagename=DG_SANWrapper

Italia, Regione Lombardia (2014). *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia*. Milán, Italia. (Consultado el 22 de marzo de 2013). Recuperado de www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2014/07/Libro-Bianco.pdf

Kolehmainen-Aitken, R. (Ed.) (1999). *Myths and realities about the decentralization of health system*. Boston: Management Sciences for Health. Consultado el 22 de Marzo de 2013. Recuperado de http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacj735.pdf

La atención universal ya está regulada por ley en España (22 de septiembre de 2011). *El Mundo*. (Consultado el 15 de noviembre de 2014). Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/09/22/noticias/1316695516.html>

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. (Consultado el 5 de abril de 2013). Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Longo, F. y Tanzi, E. (2010). *Il settore del long-term care di fronte alle sfide del futuro*. CERGAS - Centro di Ricerca sulla gestione dell'Assistenza Sanitaria dell'Università Bocconi. Milán, Italia: Ediciones Egea.
- Lucchina, Carlo. (2015). Entrevista personal realizada por Inmaculada Mateos Buendía el 8 de enero de 2015.
- Maino, F. (2012). Política sanitaria en *Le politiche sociali l'Italia in prospettiva comparata*. (2ª Edición). Milano: Il Mulino.
- Marcos, G. y Sevillano, E. (28 de diciembre de 2012). Madrid aprueba el mayor plan privatizador de la sanidad pública. *El País*. (Consultado el 10 de mayo de 2014). Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/12/27/actualidad/1356644011_775192.html.
- Marotta, R. (2011). Gli obiettivi della Regione. C. Gori (Ed.) En *Come cambia il welfare lombardo: una valutazione delle politiche regionali*. Dogana, Repubblica di San Marino: Maggioli Editori.
- Martín Martín, JJ. (2003). Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Fundación Alternativas.
- Martín Martín, JJ. (2013). *Formas directa e indirecta de gestión institucionales en centros y servicios sanitarios*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. (Consultado el 30 de septiembre de 2014). Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500622/n5.4_formas_directas_e_indirectas_de_gesti__n.pdf

- Mengual, E. (11 de octubre de 2014). Sanidad, la consejería más negra. *El Mundo* (Consultado el 11 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.elmundo.es/madrid/2014/10/11/5437ea3a268e3ef80a8b457f.html>
- Mény I. y Thoenig J.C. (1992). *Las Políticas Públicas*. Barcelona, España: Editorial Ariel Ciencia Política.
- Mills, A., Vaughan, P.J., Smith, D.L., Tabibzadeh, I. (1990). *Health System Decentralization. Concepts, issues and country experience*. Génova, Italia: Organización Mundial de la Salud. (Consultado el 12 de febrero de 2015). Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39053/1/9241561378.pdf?ua=1>
- Moreno Fuentes, F.J. (2009). Del sistema sanitario de la seguridad social al sistema nacional de salud descentralizado. En L. Moreno Fernández (Coordinador) *Reformas de las políticas del bienestar en España* (cap. 4, 101-136). Madrid, España: Madrid. Editorial Siglo XXI.
- Morse, A. (2013) *Managing the transition to the reformed health system*. London: The Stationery Office. (Consultado el 22 de diciembre de 2014). Recuperado de <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/07/10175-001-Managing-the-transition-to-the-reformed-health-system.pdf>
- Murray CJL. y Frenk, J. (2000). A Framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of World Health Organization. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 78 (6), 717-731. (Consultado el 2 de marzo de 2013). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560787/pdf/10916909.pdf>
- Múñiz, A. (27 de enero de 2014). El TSJ de Madrid confirma la suspensión cautelar de la privatización sanitaria. *Público.es*. (Consultado el 12 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.publico.es/actualidad/498162/el-tsj-de-madrid-confirma-la-suspension-cautelar-de-la-privatizacion-sanitaria>

- My Health London. Consultado el 22 de enero de 2015). Recuperado de <http://www.myhealth.london.nhs.uk/your-health/londons-health-%20services/choosing-right-service-you/walk-centres>
- The Coalition Government's health and social care reforms. *Nuffield Trust*. (Consultado el 18 de diciembre de 2014). Recuperado de <http://www.nuffieldtrust.org.uk/our-work/projects/coalition-governments-health-and-social-care-reforms>
- Oliver, A. (2005). The English National Health Service: 1979 - 2005. *Health Economics*. 14, 75-100.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (Consultado el 2 de enero de 2015). Recuperado de <http://www.oecd.org/about/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. *Health Statistics*. (Consultado el 20 de diciembre de 2014). Recuperado de www.oecd.org/health/healthdata
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (1987). *Financing and Delivering Health Care. A comparative analysis of OECD countries*. París, Francia.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2006). *Reviews of Health Systems. Switzerland*. (Consultado el 27 de marzo de 2014). Recuperado de <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8106081e.pdf?expires=1422613659&id=id&acname=ocid194994&checksum=597C103DC60F53D9565550F3B79EB013>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2012). *Health Data 2012. Gasto Sanitario Español*. (Consultado el 3 de febrero de 2013). Recuperado de <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2013a). *Cala la spesa sanitaria in Italia*. [Comunicado de prensa]. Consultado el 30 de noviembre de 2013. http://www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-Italy_in-Italian.pdf

- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2013b). *Health Data 2013. Dove si colloca l'italia*. (Consultado el 30 de noviembre de 2013). Recuperado de http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/pdf/OCSE_dove_si_colloca_italia-2013.pdf
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2013c). *Health Data 2013. How Does Germany Compare?* (Consultado el 17 de febrero de 2014).
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2013d). *Health Data 2013. How Does the United Kingdom Compare*. (Consultado el 25 de enero de 2014). Recuperado de <http://www.oecd.org/unitedkingdom/Briefing-Note-UNITED-KINGDOM-2013.pdf>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2013e). Health Expenditure en *OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics*. OECD Publishing. Recuperado de http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2013f). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. (Consultado el 31 de enero de 2015). Recuperado de http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2013g). *Health spending fell in real terms in the United Kingdom in 2010 and 2011* [Comunicado de prensa]. (Consultado el 25 de diciembre de 2014). Recuperado de <http://www.oecd.org/unitedkingdom/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-United-Kingdom.pdf>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2013h). *Health Statistics 2013*. (Consultado el 1 de febrero de 2015). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2014a). *Health Statistics 2014* [última actualización 27 noviembre 2014]. (Consultado el 1 de febrero de 2015). Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>

- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2014b). *Health Statistics 2014. How does Germany Compare?* (Consultado el 17 de febrero de 2014). Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GERMANY-2014.pdf>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2014c). *Health Statistics 2014. How does Spain compare?* (Consultado el 21 de noviembre de 2014). Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-SPAIN-2014.pdf>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2014d). *OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics*. OECD Publishing. (Consultado el 1 de febrero de 2015). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2014-en>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos y Organización Mundial de la Salud (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*. (Consultado el 28 de marzo de 2014). Recuperado de <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8111161e.pdf?expires=1422181784&id=id&acname=ocid194994&checksum=A2A3C98F0526CA3E6445A18B5CC26F8B>
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. (Consultado el 26 de abril de 2013). Recuperado de www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud. Glosario* (p.16). (Consultado el 26 de abril de 2013). Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2000c). *Health Care Systems in Transition: Switzerland*, pp.1-76. (Consultado el 27 de enero de 2014). Recuperado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/96411/E68670.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2000d). *Health Systems: Improving Performance. The World Health Report 2000*. (Consultado el 2 de mayo de 2013). Recuperado de http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud (Octubre de 2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos* [Suplemento de la 45 edición]. (Consultado el 2 de mayo de 2013). Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. (Consultado el 3 de marzo de 2013). Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Génova, Suiza: OMS. (Consultado el 15 de mayo de 2013). Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Conferencia de Prensa*. (Consultado el 10 de septiembre de 2014). Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/social_determinants_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Switzerland, statistics*. (Consultado el 28 de enero de 2014). Recuperado de <http://www.who.int/countries/che/en/>
- Organización de las Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). *The Universal Declaration of Human Rights*. (Consultado el 4 de abril de 2013). Recuperado de <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>
- Papa Pio XI. (1931). *Carta Encíclica Quadragesimo Anno*. (Consultado 20 de mayo de 2015). Recuperado de http://w2.vatican.va/content/pius-xi/es/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_19310515_quadragesimo-anno.html

- Parcet, M. (2011). El sistema sanitario alemán. *Revista Tribuna*, 12 (34), 285 - 294. (Consultado el 12 de febrero de 2014). Recuperado de <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n34-tribuna-parcet.pdf>
- Partido Popular. (Consultado el 2 de enero de 2015). Recuperado de <http://www.pp.es/>
- Partido Socialista Obrero Español. (Consultado el 22 de enero de 2015). Recuperado de <http://www.psoe.es>
- Pelissero, G. (2009). L'originatilità del sistema sanitario della Lombardia. *Federalismi.it: Rivista di diritto pubblico italiano comunitario e comparato*, 23/2009. (Consultado el 20 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.federalismi.it/AppOpenFilePDF.cfm?artid=14786&dpath=document&dfile=30112009195655.pdf&content=L%E2%80%99originalit%C3%A0+del+sistema+sanitario+della+Lombardia+-+stato+-+dottrina+->
- Pelissero, G. y Mingardi, A. (2010) *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*. Milán: IBL Libri.
- Pierson, P. (2006). Sobrellevando la austeridad permanente. Reestructuración del Estado de Bienestar en las democracias desarrolladas. *Zona Abierta* (114/115), 43-119. (Consultado el 9 de febrero de 2015). Recuperado de <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/4/2013/archivos/Pierson,%20Paul%20%282006%29.pdf>
- Pierson, P. (2011). The welfare state over the very long run. *ZeS- Arbeitspapier*, 02/2011. (Consultado el 14 de febrero de 2015). Recuperado de <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/46215/1/65484416X.pdf>
- Pino del, E. (2011). *Seis debates sobre los Estados de Bienestar contemporáneos: capacidad de reforma, resultados, nuevos riesgos, globalización, sostenibilidad y alternativas de futuro*. [versión electrónica] Paper presentado en las Jornadas de Modernización no democrática: Estado y Actores Sociales. Instituto de Historia

- (CSIC), octubre de 2011. (Consultado el 9 de febrero de 2015). Recuperado de http://americo.usal.es/iberoame/sites/default/files/del_pino_debates_estados_bienestar.pdf
- Powell, T. y Heath, S. (2013). *The reformed health service, and commissioning arrangements in England*. Library - House of Commons. (Consultado el 2 de enero de 2015). Recuperado de <http://www.parliament.uk/business/publications/research/briefing-papers/SN06749/the-reformed-health-service-and-commissioning-arrangements-in-england>
- Reino Unido, National Institute for Health and Care Excellence. (Consultado el 22 de enero de 2015). Recuperado de <https://www.nice.org.uk>
- Reino Unido, Department of Health. *NHS Choices. The Structure of the NHS in England*. (Consultado el 22 de diciembre de 2014) Recuperado de <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>
- Rondinelli, D., (1981). Government Decentralization in comparative theory and practice in developing countries. *International Review of Administrative Sciences*, 47 (2), 133-145.
- Rondinelli D., Nellis J. y Cheema S., (1983). Decentralization in Developing countries: a review of recent experience. *Washington DC, World Bank* (Staff Working paper 581).
- Salleras Sanmartí, L., (Marzo - Abril de 1991). La salud y sus determinantes. *Anthropos, Barcelona*, n.118-119, 32-39.
- Sánchez Bayle, M. (2014). *La privatización de la asistencia sanitaria en España*. (Documento de trabajo 182/2014). Laboratorio de Alternativas. (Consultado el 3 de julio de 2014). Recuperado de <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-privatizacion-de-la-asistencia-sanitaria-en-espana>

- Schmid A, Cacace M, Götze R y Rothgang H. (2010). Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and Emergence of "Hybrid" Health Care Systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Duke University Press, (35), 4.
- Serrano, M. (17 de diciembre de 2010). El Gómez Ulla, también hospital civil. *Diario ABC*. (Consultado el 21 de octubre de 2014). Recuperado de <http://www.abc.es/20101217/madrid/gomez-ulla-tambien-hospital-20101217.html>
- Sigerist H. E. (1999). From Bismarck to Beveridge: Developments and trends in Social Security legislation. *Journal of Public Health Policy*. Palgrave Macmillan Journal, 20, (4), 474- 496.
- Sopuerta, L., Mouriño, C. y Leo, J. (31 de enero de 2012). Transferencias. *Redacción Medica*. (Consultado el 5 de agosto de 2014). Recuperado de <http://www.redaccionmedica.com/noticia/transferencias-8852>
- Subirats, J., Knoepfel P., Larrue C., y Varonne F. (2008). *Análisis y Gestión de Políticas Públicas*. Barcelona, España: Editorial Ariel Ciencia Política.
- Suiza, Ufficio Federale della Sanità Pubblica [UFSP]. (2013). *Politica Sanitaria: le priorità del Consiglio Federale*. (Consultado el 27 de enero de 2014). Recuperado de www.gesundheit2020.ch
- Suiza, Ufficio Federale di Statistica (2012). Costi del sistema sanitario secondo l'agente pagante e l'agente finanziatore. En *Indicatori sulla salute dei Ticinesi* (Consultado el 2 de febrero de 2014). Recuperado de http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Indicatori/INDICATORI/7_Sistema_Sanitario/7_3_3_Spesa.pdf
- Suiza, Ufficio Federale di Statistica (2014). *Annuario Statistico della Svizzera 2014*. (Consultado el 31 de enero de 2014). Recuperado de http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/statistische_jahrbuecher/stat_jahrbuch_der.html
- Terris, M. (1975). Approaches to an Epidemiology of Health. *American Journal of Public Health*, (65), 10, 1037-1045. (Consultado el 27 de febrero de 2013). Recuperado

- de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1776026/pdf/amjph00797-0019.pdf>
- Terris, M. (1978). The three world systems of medical care: trends and prospect. *American Journal of Public Health*, 68, (11), 1125-1131.
- Vallés, J.M (2010). *Las políticas públicas en Ciencia Política: una introducción*. (Capítulo 25). Barcelona, España: Editorial Planeta
- Velasco Garrido, M., Wörz y M., Busse, R., (2004) Ley de Modernización del Sistema Sanitario: penúltima reforma alemana. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 2 (2), 287-298. (Consultado el 3 de enero de 2015). Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13063443&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=69&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=261v2n2a13063443pdf001.pdf
- Vallini, R (2005). *Da Bassetti a Formigoni: tutti i governi della Lombardia* (pp. 249-51). Milán, Italia: Editorial Mursia.
- Ventura Vitoria, J. (2003). *Anexo V: Organización y Gestión de la Atención Sanitaria. Informe Anual del Sistema de Salud 2003*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. (Consultado el 14 de septiembre de 2014). Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anual_Anexo_V.pdf
- Vrangbæk, K. (2007). Towards a typology for decentralization. En R. Saltman, V. Bankauskaite y K. Vrangbaek (Eds.), *Decentralization in health Care*. (pp. 44-62). Berkshire, Inglaterra: McGrawHill Open University Press. Organización Mundial de la Salud. (Consultado el 12 de marzo de 2014). Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf
- Wendt, C., Frisina, L., Rothgang, H., (2009). *Healthcare System Types: A conceptual Framework for Comparison*.

- Whitehead, M., Dahlgren, G. y Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health: a Global perspective in *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press, 309-322. (Consultado el 5 de marzo de 2013). Recuperado de <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/developingpolicychallenginginequitieshealthcare.pdf>
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Social determinants of Health: the solid facts*. (2da ed.). Copenhage, Dinamarca: Organización Mundial de la Salud. (Consultado el 8 de Marzo de 2013). Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- Yin R. K. (1994) Case Study Research: Design and Methods. Second Edition. Sage Publications. London.
- Zapata-Barrero R. y Sánchez-Montijano E. (2011). *Manual de Investigación cualitativa en la Ciencia Política*. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, España: Editorial Tecnos.
- Zorogausta, Jessica. (2012). Entrevista personal realizada por Inmaculada Mateos Buendía el 7 de noviembre de 2012.

APÉNDICES

CUESTIONARIO DE TESIS DE DOCTORADO**Entrevista a Filippo Cristoferi****Responsable de investigación en el área sanitaria del Instituto de Investigación de la Región de Lombardía**

(Recibido el 30 de enero de 2013)

El sistema sanitario italiano era originariamente de tipo *Bismarck* (asistencia social o mixto), posteriormente ha evolucionado a un sistema *Beveridge* (Universal) en 1978.

La Constitución italiana introduce con el artículo nº 32 el derecho a la tutela de la salud: "la República tutela la salud como 'derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad'". Pero será la Ley 833/78 de Reforma Sanitaria la que instituye el Servicio Sanitario Nacional, definido como un conjunto de funciones, servicios y actividades destinadas a la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud física y psíquica de toda la población sin distinción alguna.

En los años '90 el sistema sufre un cambio. Las modificaciones en el Título V de la Constitución en 2001 introducen el federalismo en la sanidad, donde la potestad de regular en materia sanitaria pasa a partir de este momento a las regiones.

PRIMER BLOQUE DE PREGUNTAS: Descentralización.

- **¿Se podría afirmar que la regionalización de la sanidad en Italia ha originado un interesante proceso de innovación institucional que ha supuesto progresivamente el nacimiento de modelos regionales distintos en el campo sanitario?**

La reforma del modelo constitucional de 2001 es concretamente la reforma del artículo 117 de la Constitución, que ha originado en Italia una configuración organizativa y de gestión de los sistemas sanitarios regionales que, también impulsado por el proceso de empresarización del sistema de provisión (DGLS 502/92, DGLS 503/93 y DGLS 229/99), y que se diferencia dependiendo de las directrices de cada uno de los gobiernos regionales.

Desde el punto de vista del Gobierno Central, el proceso aún está en curso. Las últimas actuaciones en este sentido han sido los decretos de la Ley 42/2009 donde, sobre el tema

específico de sanidad, se ha seguido el proceso mediante el DGLS n.68 de 6 de mayo de 2011 "Disposiciones sobre la autonomía de la entrada de las regiones de estatuto ordinario y provincias, así como la determinación de los costos y los requisitos de la norma en el sector de la salud".

Específicamente el proceso de reforma en la Región de Lombardía se ha desarrollado mediante la Ley Regional 31/97 y mediante sucesivas modificaciones e integraciones se ha consolidado en el texto único de la Ley en materia de sanidad (Ley Regional 33/2009).

- **¿Cómo podría definir el cambio de modelo sanitario italiano y, concretamente, el del modelo lombardo después de la introducción del federalismo en la sanidad?**

El enfoque del modelo italiano tras la modificación de la Constitución puede definirse como un sistema basado en una clara separación de poderes, en el que el gobierno central se ocupa de la normativa sobre las líneas a seguir y sobre la financiación del sistema mediante el Fondo Sanitario Nacional y de la definición de las formas de adjudicación del mismo; mientras que las autonomías regionales tienen total libertad para la organización del sistema, para la provisión del proceso asistencial así como los controles que se han de establecer en tal materia.

La organización del sistema de la atención asistencial, en este sentido se ha diferenciado fuertemente en cada uno de los contextos regionales, especialmente teniendo en cuenta los siguientes elementos: el cuadro epidemiológico de la población, la geomorfología territorial, las formas de gobierno de los sistemas, la relación entre público y privado y el nivel de solapamiento entre las estructuras financiadoras y las estructuras distribuidoras del servicio sanitario regional.

En el lado opuesto encontramos contextos con una única empresa regional para la gestión y la financiación del sistema regional (Le Marche y Valle de Aosta) con respecto al sistema lombardo, basado en una clara distinción de roles entre los distintos sujetos institucionales que forman parte del sistema (Dirección General de Sanidad, ASL-Empresas Sanitarias Locales, AO-Empresas Hospitalarias, Institutos Nacionales para la Investigación Científica).

Resumiendo:

- Las 15 ASL (Empresas Sanitarias Locales) desarrollan un papel de supervisión en la gestión de los servicios territoriales y de orientación por lo que respecta, en particular, al tema de educación de la salud, la prevención y la profilaxis. Asimismo desarrolla también una función de control de los entes proveedores del sistema.
- Las AO (Empresas Hospitalarias) públicas (29) y los IRCCS (Institutos Nacionales para la Investigación Científica) (5) desarrollan la función de provisión del sistema, concretamente tutelan el ámbito de las especialidades hospitalarias en coordinación con las ASL para garantizar la continuidad asistencial hospital-territorio.
- La Dirección General de Sanidad desarrolla una función de orientación y coordinación del sistema sanitario regional y de negociación con cada uno de los contextos locales y cada una de las autonomías empresariales.

Además el contexto lombardo, con la reforma de 1997 (Ley Regional n.31), ha optado por un modelo de plena colaboración y equiparación del público y del privado acreditado, poniendo al mismo nivel las distintas configuraciones institucionales y garantizando al ciudadano la libertad de elección del ente proveedor del servicio. Esto ha permitido que con el tiempo, el sistema público adquiriera algunas de las prácticas de gestión empresarial propias del ámbito privado y que el privado salvaguardando sus objetivos económicos garantizara un buen nivel de atención independiente del nivel de renta del paciente. El acceso a las estructuras privadas acreditadas, de hecho, está garantizada en los principios constitucionales en las mismas condiciones que a las estructuras públicas.

La forma de reembolso de las estructuras privadas que interactúan con la administración pública en régimen equiparado se realiza según la misma lógica establecida para las empresas públicas. Esta elección, de forma innegable, ha desembocado en dinámicas oportunistas a las que se deberá encontrar una solución durante los próximos años. Desde este punto de vista son interesantes experiencias de colaboraciones público-privadas en otros países europeos (concretamente en España con el modelo "Alzira"), que podrían proporcionar ideas interesantes desde el punto de vista organizativo para una reestructuración del sistema lombardo.

En general, el proceso de reforma federal iniciado en los años '90 en la Región de Lombardía, ha incrementado el nivel de los servicios y el índice de satisfacción de la población residente. También ha garantizado un buen desarrollo de conocimientos científicos-tecnológicos llevados a cabo por la amplia producción científica de los 17 IRCCS (entre públicos y privados) presentes en el territorio lombardo.

En lo que respecta al estado de salud de la población regional, el 72,9% de los lombardos en 2011 declaraba estar en buenas condiciones de salud, frente a un 71,1% de la población italiana. Para corroborar este primer dato se puede hacer referencia también a otros indicadores: la esperanza de vida al nacer para los hombres es de 79 años y para las mujeres es de 84 años y medio, en línea con los valores medios nacionales, pero que, sin embargo, se encuentran entre los más altos del panorama internacional; la tasa de mortalidad (91,13) es inferior al correspondiente valor nacional (97,22).

En 2011 se prestaron en Lombardía más de 170 millones de servicios ambulatorios, de los cuales el 59% se llevaron a cabo en centros públicos y el 41% restante en centros privados convencionales; y se realizaron algo más de 2 millones 400 mil hospitalizaciones entre los ingresos comunes y visitas en *day hospital*.

La asistencia sanitaria se proporciona mediante un sistema de medicina territorial agrupado en 15 ASL, divididas a su vez en distritos y compuestas por un total de 210 estructuras hospitalarias, de los que 94 son instituciones públicas en hospitales, 84 estructuras privadas (72 acreditadas y 12 no acreditados), 25 IRCCS, 6 hospitales clasificados y una estructura hospitalaria pública de ASL. Las empresas hospitalarias lombardas ofrecen más de 36.500 camas para ingresos ordinarios y más de 4000 en *day hospital* con una tasa de saturación del 81,6% y 50,3% respectivamente.

Hoy en día es posible, sin miedo a ser desmentidos, considerar a la Región de Lombardía en un contexto de excelencia en el ámbito sanitario sobre el territorio nacional. La fuente de dicha evidencia es el significativo número de ciudadanos procedentes de otras regiones que anualmente eligen a la Región de Lombardía para la asistencia sanitaria, especialmente en especialidades médicas y de vanguardia.

- **¿Cuáles son los efectos positivos de la descentralización en la prestación de los servicios sanitarios?**

Los efectos positivos de la descentralización en la modalidad organizativa-empresarial para la gestión de los servicios se pueden atribuir principalmente a los siguientes elementos:

- Una adhesión mayor al cuadro epidemiológico-demográfico de la población.
 - Mayor atención a la geomorfología territorial.
 - Mayor control por parte de la ciudadanía/usuarios.
 - Capacidad de control y de gestión del proceso de gobierno organizativo y administrativo-institucional.
 - Formas de gobierno adecuadas al desarrollo administrativo y a la cultura empresarial de cada una de las autonomías regionales.
-
- **En su opinión ¿la coordinación entre regiones es necesaria, permitiría una mejor gestión de los recursos y se alcanzaría una mayor eficiencia?**

En este momento en Italia la coordinación entre regiones está garantizada por algunos organismos institucionales, entre ellos es importante recordar el Ministerio de Salud, el Instituto Superior de Sanidad y la Conferencia Estado Regiones. Si a esto se le añade que la modalidad de reparto del Fondo Sanitario Regional se realiza en la Conferencia Estado Regiones de acuerdo a las premisas del Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Economía y de Finanzas con el apoyo del CIPE (Comité Interministerial de Planificación Económica) y de la Presidencia del Consejo de Ministros, nos damos cuenta de que las formas de coordinación no faltan. En mi opinión, por tanto, una coordinación inter-regional está más que presente.

En este momento, en Italia, chocan tendencias centrípetas, suscitadas naturalmente por el periodo de recesión económico-financiera, con tendencias que animan a proseguir el proceso federal mediante formas de descentralización más marcadas.

En este sentido, la tarea del gobierno central es desarrollar la función que garantiza una transición justa, eficaz y efectiva hacia un sistema descentralizado. Dinámica, en mi opinión, irreversible.

Un retorno a un sistema y un modelo de gestión más centralizado llevaría a un sistema difícilmente manejable en términos de gobernanza y coordinación, lejos de las necesidades de cada contexto territorial y sujeto a duras penas a la primera forma de

control del sistema: el juicio de la ciudadanía. Se perdería eficacia, eficiencia y capacidad de control y se conseguiría con dificultad garantizar una mayor accesibilidad y equidad del servicio.

- **¿La descentralización del sistema sanitario ha permitido al ciudadano tener un papel de decisión con respecto a su salud?**

La descentralización institucional ha permitido al ciudadano tener un nivel de interlocución que se expresa principalmente mediante las elecciones, dirigido hacia las personas llamadas a desarrollar las funciones de gobierno en el sistema sanitario regional.

Con una cobertura del presupuesto de la administración pública regional igual al 70-75% del total, la atención sanitaria se ha convertido en la primera prioridad de la agenda pública y el primer elemento de juicio del ciudadano en el análisis de la actividad de gobierno de los representantes regionales.

SEGUNDO BLOQUE DE PREGUNTAS: Envejecimiento de la población.

Las consecuencias del envejecimiento sobre la salud representan una de las preocupaciones más inquietantes para los ciudadanos de las sociedades desarrolladas: el detrimento de una vida más larga es, quizás, el propio temor de transcurrir una parte de ella en condiciones de sufrimiento o de no autosuficiencia.

- **¿Cómo afronta el sistema sanitario lombardo los efectos del envejecimiento de la población, no sólo como problema relativo a la sostenibilidad económica, sino también a nivel socio sanitario asistencial debido al aumento de las tasas de dependencia?**

Entre las enfermedades crónicas que afectan a la población de Lombardía las más extendidas son la artrosis, la hipertensión y las alergias, seguidas a una cierta distancia de la osteoporosis, bronquitis o asma, diabetes, enfermedades del corazón, trastornos nerviosos y úlceras. Tales patologías están presentes con incidencias que han disminuido en el transcurso de los últimos años, a excepción de la osteoporosis y, sobre todo, de las alergias. Estos tipos de enfermedades crónicas son las únicas en cuota superior a los valores medios nacionales.

En la revisión de un sistema fuertemente centrado en el papel de los hospitales, uno de los grandes desafíos para la Región de Lombardía ha sido la revisión hacia un modelo de salud más cercano a las personas en la comunidad en las que vivan. Mediante la estrategia de la proximidad se pretende hacer más eficaz la respuesta pública (sobre todo en la gestión de algunas enfermedades crónicas y de las situaciones de agudos) y más eficiente (reduciendo de este modo los ingresos inadecuados).

En este contexto, el DGR n.937 de 1 de diciembre de 2010 "Determinaciones con respecto a la gestión del Servicio Socio Sanitario Regional para el ejercicio de 2011) y sucesivas integraciones (concretamente el DGR n.1479 de 30 de marzo de 2011) han previsto aplicar de forma experimental el CReG (*Chronic Related Group*), entendido como una forma innovadora de atender a los pacientes, mediante el pago por adelantado por una cantidad específica de los recursos a los proveedores acreditados (por ejemplo: médicos de medicina general, ONLUS, Fundaciones, Empresas Hospitalarias, estructuras sanitarias acreditadas y a contrato - ya sea intra como extra hospitalarias-, etc.). Debe garantizar, sin soluciones de continuidad y sin reducciones en la asistencia, todos los servicios extra-hospitalarios (prevención secundaria, *follow up*, monitorización terapéutica, especialización ambulatoria, servicios protésicos y farmacéuticos) necesarios para una buena gestión clínica organizativa de las patologías crónicas. El conjunto de actividad, servicios y prestaciones previstos en el paquete representado por el CReG es específico por patología, con el objetivo de asegurar los niveles asistenciales previstos en los procesos de recuperación. Se han establecido 155 tarifas. La DGR n.1283 de 1 febrero de 2010 determinó ámbitos territoriales de experimentación en 5 ASL (ASL de Milán, Bérgamo, Como, Lecco y Milán 2).

El objetivo de la experimentación, relativo a las patologías de Bronconeumonía Crónica Obstructiva (BPCO), Descompensación Cardíaca, Diabetes de tipo I y II, Hipertensión y Cardiopatía Isquémica, Osteoporosis y patologías neuromusculares de mayor nivel de discapacidad, que concluirá a final de 2013, es evitar las dificultades a los enfermos crónicos, proponiendo un modelo que ya incluya un proyecto de atención adecuado a las nuevas exigencias sanitarias. Son ya más de 400 los médicos de medicina general que han adherido al programa, implicando así a más de 80.000 pacientes. También desde el punto de vista de la eficiencia, es importante señalar la centralidad del control del gasto para el abaratamiento de los costes (cuyo valor medio está actualmente estimado en los 2.200 -

2.400 euros per cápita anuales) para los enfermos crónicos (casi 2 millones y medio en Lombardía, equivalentes al 27% de la población), eliminando el uso del 20% de los ingresos considerados inapropiados y el costo de lo que representa el 48% del gasto.

En un modelo de atención sanitaria que prevé la creación de estructuras intermedias entre el domicilio y el hospital, hay que destacar las iniciativas de agudos.

La DGR n.1479 de 30 de marzo de 2011 estableció la macro-actividad ambulatoria compleja y ha identificado el contexto organizativo y de suministro con el objetivo principal de perseguir la adecuación de la prestación de los servicios que, aun necesitando ser garantizados en un contexto hospitalario, podrán efectuarse en un régimen de tipo ambulatorio complejo, superando así la limitación principal de las actividades de *day hospital* que vinculan su propia operatividad a la presencia de camas, que cada vez más son menos necesarias gracias a las nuevas oportunidades y aplicaciones clínicas y organizativas.

Desde 2012 se han activado en las ASL proyectos destinados a la cobertura asistencial para pacientes en edad pediátrica, en las jornadas de sábado, en días pre-festivos, con el fin de garantizar una continuidad real en la asistencia durante el fin de semana y con el objetivo de construir un filtro válido para las urgencias. Para la financiación de este proyecto, durante 2013 se previó una contribución por parte de la Región de Lombardía de 2 millones de euros.

Otro punto esencial de este proceso es la revisión de las urgencias con respecto a la gravedad de los pacientes que acuden a ellas. En este contexto, la introducción de la CREG también tiene también la finalidad de reducir el acceso a las urgencias.

- **Además del envejecimiento de la población ¿a qué otros problemas tiene que enfrentarse el sistema sanitario para que se pueda mantener la sostenibilidad en un periodo breve?**

Sobre todo, es importante señalar que las políticas de *welfare*, en particular en el ámbito sanitario, precisamente porque es objeto de reformas consolidadas (como la reforma del sistema sanitario regional, LR n.31/1997), han vivido ya un recorrido no sólo

experimental, sino también experimentado e inicialmente evaluado, con el objetivo de introducir lógicas correctivas debidas a elementos de naturaleza global, relativas a datos demográficos, a los elementos de la crisis económica (con significativos reflejos en las condiciones sociales de los solteros y de las familias), a continuas restricciones en términos de recursos que imponen recorridos de racionalización, pero también contemplando la necesidad de mantener estándares adecuados de calidad.

Uno de los puntos cardinales de la evolución del desarrollo del Servicio Sanitario de la Región de Lombardía ha sido precisamente el del equilibrio económico financiero. Con gran evidencia documental y de respuesta por parte de los organismos de control encargados a nivel nacional y regional, previstos por los Acuerdos Estado Regiones en materia sanitaria y por la normativa nacional - Tribunal de Cuentas -, la Región de Lombardía se ha distinguido de las otras regiones por definir un modelo de servicio sanitario capaz de combinar una alta eficacia en la provisión de los LEA (Niveles Esenciales de Asistencia) con una alta eficiencia en la compra. A partir del Acuerdo Estado Regiones de 2001 la Región de Lombardía ha garantizado el equilibrio económico (presupuesto equilibrado) del propio servicio sanitario.

La evolución del sistema sanitario se ha caracterizado fuertemente por la continua recuperación de formas de eficiencia junto con la idoneidad de las prestaciones (hay que pensar en la disminución de las tasas de hospitalización, en las inversiones en prevención, al fortalecimiento de las actividades ambulatorias, a la optimización de las urgencias y a las redes urgencia-emergencia para garantizar la continuidad de la atención).

Concretamente, hay que actuar a corto plazo mediante formas de reorganización del gasto que sean funcionales para proporcionar un nivel de servicios homogéneos y de buena calidad en todo el territorio regional, pero en particular en los siguientes ámbitos:

- Nuevos modelos organizativos de gestión de las patologías crónicas e incapacitantes.
- Nuevos procesos de integración entre hospitales y territorio.
- Evaluación territorial de la tecnología de diagnóstico y terapéutica.
- Centralización de algunas tipología de servicios (concretamente las administrativas, logísticas, servicios centrales, suministros de dispositivos, aumentos y medicamentos, etc.).

- Reforma de la red de urgencias-emergencias.
- La reconversión de las estructuras hospitalarias territoriales.
- La centralización de las altas especialidades.

Sin la pretensión de querer ser exhaustivo, la agenda para los próximos años aparece llena de desafíos interesantes.

TERCER BLOQUE DE PREGUNTAS: Los ciudadanos y la sanidad.

- **¿Cuál es la actitud de los ciudadanos sobre sanidad? ¿Cuáles son los valores de la ciudadanía con respecto a la protección social? ¿Cuál debería ser la posición del ciudadano/paciente con respecto a las prestaciones sociales de relevancia sanitaria? ¿Es el ciudadano de a pie consciente del servicio que se le proporciona?**

El ciudadano lombardo es una persona medianamente instruida que se acerca al tema de la sanidad mediante varios canales de información que han evolucionado y que le permiten hacerse una idea clara, así como de interactuar activamente con la organización sanitaria y con los profesionales sanitarios a los que se dirige para las propias necesidades asistenciales.

A todo esto es necesario añadir que, tal y como ocurre normalmente, el ciudadano en busca de respuestas sobre la propia necesidad de salud se dirige al punto de acceso del sistema sanitario, que cree que le puede proporcionar una respuesta adecuada. Es importante subrayar que, aunque se ha dicho que el ciudadano tiene un buen conocimiento de su estado de salud y de las enfermedades que le afectan, no se puede decir lo mismo del grado de conocimiento de los servicios.

El ciudadano no reconociendo el nivel de servicio adecuado para sus necesidades tiende, como es natural, a sobreestimar la propia necesidad y a dirigirse a un punto de acceso que podría ser inadecuado. Esto se produce dado que existe una muy buena accesibilidad a cada uno de los niveles asistenciales en un régimen universal y gratuito.

En este sentido resulta necesaria una educación sobre la utilización de los servicios sanitarios para hacer comprender al ciudadano que la utilización inapropiada de dichos

servicios tiene una importante repercusión sobre la calidad de vida en términos de tiempos de espera, calidad del servicio, costes del sistema, etc.

CUARTO BLOQUE DE PREGUNTAS: Accesibilidad y equidad del sistema sanitario.

La accesibilidad representa la posibilidad de igualdad de acceso a las prestaciones y a servicios por parte de los usuarios.

- **¿Cuáles son, en su opinión, los principales problemas que debe afrontar la Región de Lombardía para garantizar el derecho a ser atendido? ¿Es el sistema sanitario de la Región de Lombardía garante de la igualdad?**
- **¿Qué esquema de igualdad sigue el ticket sanitario en Lombardía?**

En la Región de Lombardía la igualdad no está en cuestión, ni tampoco el acceso a la asistencia sanitaria, aunque de acuerdo con el estado de salud o del territorio se exprese en diferentes formas, aunque apropiadas. El derecho a la atención en la Región de Lombardía es un derecho totalmente exigible.

Si la pregunta se refiere a si es posible mejorar el sistema, obviamente esto es evidente. Por lo que respecta al acceso, algunas de las principales líneas de intervención podrían orientarse a:

- Mejorar las condiciones de accesibilidad a las estructuras de sistema sanitario público, eliminando las barreras arquitectónicas y facilitando los transportes, ya sea en las estructuras internas como desde las propias estructuras hacia el domicilio del paciente.
- Mejorar las condiciones de funcionamiento de las estructuras ampliando los horarios de utilización y de servicios, concretamente en el área de diagnóstico de laboratorio y por imagen para hacerla más accesible (mañana, tarde y noche).

Los problemas en términos de accesibilidad podrían, dentro de una lógica de sistema, generarse por los usuarios que residen fuera de las fronteras regionales que quisieran ser asistidos en la Región de Lombardía, lo que tendría consecuencias para los ciudadanos lombardos. Actualmente este flujo no condiciona de manera drástica la accesibilidad al sistema.

En lo que respecta a la equidad, cabe destacar que todos los ciudadanos tienen garantizadas igualdad de condiciones asistenciales bajo la tutela de un derecho público. En lo que al copago se refiere (ticket sanitario) es importante mencionar como el sistema prevé modelos de exención para los segmentos más pobres y para aquellos que están pasando por dificultades (pérdida del puesto del trabajo, etc.), así como para los que tienen una invalidez reconocida o están afectados por enfermedades raras. Dada esta situación, el sistema de ticket no sigue lógicas de proporcionalidad de ingresos, sino que se aplica a cada una de las prestaciones de forma indiferente.

Desde este punto de vista sería razonable pensar en un sistema de aplicación del ticket que, en mi opinión, podría continuar a no estar basado en una lógica equitativa de proporcionalidad de la compra, y por tanto de contribución, sobre la base de la propia capacidad de producción de ingresos, pero que sin embargo tenga en cuenta la capacidad de ingresos de la familia, alejándose de la lógica del individuo, introduciendo niveles mínimos de ingresos o contribuciones de entrada proporcionales. Esto permitiría reconocer el valor social de la familia y de la función social que le es propia.

- **¿Qué incidencia ha tenido sobre la igualdad la introducción en el sistema socio-sanitario italiano el "cuasi mercado"?**

Las lógicas de "cuasi mercado" introducidas con la reforma empresarial, de la ya se ha hablado anteriormente, no parece que hayan introducido problemas significativos de equidad si se razona desde una óptica atómica considerando cada usuario de las prestaciones del sistema sanitario público. Los problemas más significativos en este sentido, en mi opinión, son los introducidos con la ampliación del horizonte hacia una estructura organizativa más compleja, la familia y su núcleo.

Desde ciertos puntos de vista se podría quizás decir que el "cuasi mercado" ha mejorado el acceso al sistema mediante un control más eficaz sobre las listas de espera. Sobre otros puntos de vista, como el copago, hay elementos correctivos que se deben incluir.

Creo, de todas formas, que en este sentido el acceso y la equidad en un futuro próximo podrían comprometerse seriamente en su elemento superior, la conveniencia, por parte de una organización del sistema incapaz de analizar las necesidades específicas cambiantes

de la población y por no rediseñar la oferta asistencial sobre la base de los cambios de situaciones etiopatogénicas.

- **¿Cuáles son las medidas que habría que adoptar para evitar los efectos negativos sobre la equidad?**

Desde mi punto de vista, opino que una reforma del modelo de organización de programación y gestión de los servicios sanitarios hará a los ciudadanos más conscientes de la oferta sanitaria disponible y garantizará una mejor utilización y consciencia con los cánones de justicia y adecuación.

- **¿Cree que es posible introducir en Italia un sistema de seguros como los existentes en Francia o Alemania?**

Lo creo no sólo posible, sino necesario en el momento en el que las prestaciones actuales de los Niveles Esenciales de Asistencia (LEA) tengan que ser, por motivos de sostenibilidad del sistema, reducidas por el gobierno central y siendo declaradas no financiadas por parte del gobierno regional mediante fondos distintos al Fondo Sanitario Regional. Es evidente que tales modelos de seguro tendrían impactos significativos en términos de universalidad, igualdad y accesibilidad del sistema sanitario. Se trata de una elección del sistema de gobierno.

Actualmente existen posibilidades de asistencia sanitaria complementaria que cubren una cierta cuota en el mercado italiano (alrededor del 4%). Pero creo que la discriminación real sea la de garantizar la libertad de los ciudadanos a elegir la forma de contribuir a su propio sistema de cobertura social en materia sanitaria.

QUINTO BLOQUE DE PREGUNTAS: Eficiencia.

Los puntos claves en cualquier sistema sanitario de servicios son, sin duda, los costes, la calidad, el acceso y, sobre todo, la eficiencia.

- **¿La introducción de instrumentos de gestión eficiente en el sistema sanitario lombardo actual es para usted un debate de gestión pública o privada o de gestión más o menos eficiente?**

Es únicamente un problema de sostenibilidad. No es una cuestión de distinción del régimen mediante el que se provee un servicio, ya sea a través de una configuración institucional pública o privada. La distinción es si el nivel de servicios en términos cualitativos maximiza la utilización de recursos. Es decir, si los recursos se utilizan para el nivel de calidad máximo posible. En este sentido es necesario combinar el sistema empresarial privado, los procesos de toma de decisiones de asignación de recursos del público conciliando lo económico y la calidad asistencial.

En este sentido es fundamental la función de control y de negociación con el privado ejercida por la institución pública en función del sistema de gobierno, así como es fundamental el desarrollo de una dimensión empresarial en el gobierno de estructuras públicas.

Desde este punto de vista en la Región de Lombardía, desde hace años, se crea la alta y la media dirección empresarial de las administraciones sanitarias públicas. El futuro de la relación entre público y privado en sanidad en la Región de Lombardía estará muy fuertemente influenciado por la mejora específica de cada uno de los sistemas institucionales y de gobierno bajo un control específico de la administración pública.

SEXTO BLOQUE DE PREGUNTAS: Agenda de reformas.

Afrontar las reformas tiene siempre un coste electoral, especialmente desde que estamos inmersos en una de las peores crisis económicas que jamás ha sufrido Europa. La condición esencial para que una reforma sea aceptada es que los ciudadanos entiendan que una reforma no significa necesariamente minimizar el coste total de la sanidad, sino mejorar su funcionamiento.

- **¿Existe en la actualidad en la Región de Lombardía la urgencia de realizar reformas en el campo sanitario?**

Actualmente se denota la necesidad de retomar el ritmo que se marcaba a finales del siglo pasado y durante los primeros años del presente siglo mediante innovaciones dinámicas, adherentes al contexto de referencia que, en la tutela de los principios constitucionales, permitan mantener un buen nivel de asistencia en un sistema económico sostenible.

No se trata de cambios radicales de paradigma, pero sí de una innovación en la continuidad en un contexto sanitario sólido, eficaz y eficiente que debe adaptarse a las exigencias sanitarias nuevas.

Queriendo esbozar una agenda de 10 prioridades, creo se deber trabajar en las siguientes direcciones:

1. Una nueva organización de ASL/AO (Empresas Sanitarias Locales / Empresas Hospitalarias) basada en estándares de volúmenes eficientes y sobre las características de la población y del territorio.
2. Reforma de la red de servicios mediante la reorganización y redefinición funcional de estructuras hospitalarias y estructuras intermedias.
3. Inicio de un proceso de racionalización de las Unidades Organizativas (en particular las que proporcionan prestaciones de alta especialización, innovadoras y de alto coste) y una reorganización de los equipos tecnológicos de las estructuras hospitalarias referentes y de las estructuras de cobertura territorial.
4. Nueva idea de "reparto" (Unidad Organizativa) más moderna y basada en una clara distinción entre utilización del espacio "residencial" y la responsabilidad el área médica-enfermería.
5. Nuevos modelos de gestión de las estructuras hospitalarias mediante un enfoque que tienda a la progresiva redefinición de repartos y se convierta en la introducción de un régimen de cuidados intensivos.
6. Redefinición, centralización y desmaterialización de los procedimientos relacionados con los servicios de diagnóstico y administrativos.
7. Reorganizar los procedimientos de compra de factores productivos y de servicios a través del desarrollo de carreras agregadas y de la Central Regional de Compra como ente de coordinación, acompañamiento y sobre temáticas específicas sobre el "responsable - administrador" regional.
8. Introducción para algunas tipologías de prestaciones de un nuevo sistema de tarificación basado en la carga del asistido.
9. Desarrollo del tema de la prevención, educación de la salud y gestión de la demanda.

10. Revisión de los mecanismos y de las dinámicas de copago introduciendo sistemas sobre la base del sistema de familias.

- **¿Cuál es el camino a seguir para que el ciudadano pueda entender la necesidad de un cambio en el caso de que fuera necesario?**

Creo que en primer lugar sería necesario explicar al ciudadano las condiciones cambiantes del contexto y la insostenibilidad del sistema de tutela socio-sanitaria, así como lo conocemos hasta hoy. Es necesario tener en mente como deberá cambiar este paradigma y hacer que el ciudadano lo comprenda antes de experimentar la necesidad de un cambio y que, entre otras cosas, se sienta protagonista en la utilización responsable del servicio. El cambio en el ámbito de la atención, acercándose a las características de la necesidad de salud, basado en la sostenibilidad, debería ser principalmente coherente con la necesidad del paciente que, por tanto, tendría que estar más satisfecho con las características del servicio. Creo que es necesario un cambio de mentalidad y de educación, ya sea en la utilización del servicio como en la planificación y programación del mismo.

NOTA: Esta entrevista ha sido traducida del original por la autora.

Entrevista original a Filippo Cristoferi

Il sistema sanitario italiano era originariamente di tipo Bismarck (Assistenza sociale o misto) successivamente si è evoluto in un sistema Beveridge (Universale) nel 1978.

La Costituzione italiana introduce coll'articolo 32 il diritto alla tutela della salute: “la repubblica tutela la salute come “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”. Sarà la legge 833/78: Riforma sanitaria, ad istituire il Servizio Sanitario Nazionale, definito come complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna.

Negli anni '90 il sistema subisce una svolta. Le modifiche al titolo V della Costituzione nel 2001 introduce il federalismo nella sanità dove la potestà regolamentare in materia sanitaria spetta alle Regioni.

PRIMO GRUPPO DI DOMANDE: Decentramento.

- **Si può affermare che la regionalizzazione della sanità in Italia ha dato origine ad un interessante processo di innovazione istituzionale che ha progressivamente fatto emergere modelli regionali diversi in campo sanitario?**

La riforma del modello costituzionale del 2001 ed in particolare la riforma dell'art. 117 della Costituzione ha dato origine in Italia ad una configurazione organizzativo-gestionale dei sistemi sanitari regionali che, anche sulla spinta del processo di aziendalizzazione del sistema erogativo (d.lgs. 502/92, d.lgs 503/93 e d.lgs. 229/99), si è variamente differenziata a seconda degli indirizzi dei singoli governi regionali. Dal punto di vista del governo centrale il processo è tuttora in atto. Gli ultimi interventi in questo senso sono stati i decreti attuativi della legge delega 42/2009 dove, sul tema specifico della sanità, si è dato seguito al processo tramite il dlgs. n. 68 del 6 maggio 2011 “Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”.

In Regione Lombardia, nello specifico, il processo di riforma si è sviluppato attraverso la legge regionale 31/97 e successive modifiche ed integrazioni e si è consolidato nel testo unico delle leggi in materia di sanità (legge regionale 33/2009).

- **Come può definire il cambio del modello sanitario italiano, e concretamente quello lombardo, dopo l'introduzione del federalismo nella sanità?**

L'approccio del modello italiano dopo la modifica costituzionale può definirsi come un sistema basato su una netta separazione dei poteri in cui il governo centrale si occupa della normativa di indirizzo e del finanziamento del sistema tramite il Fondo Sanitario Nazionale e la definizione delle forme di riparto del medesimo, mentre le singole autonomie regionali hanno libera iniziativa per l'organizzazione del sistema, l'erogazione del processo assistenziale ed i relativi controlli in materia.

L'organizzazione del sistema di presa in carico assistenziale in questo senso, si è fortemente differenziata nei differenti contesti regionali soprattutto in virtù di elementi quali: il quadro epidemiologico della popolazione, il geomorfismo territoriale, le forme di governance del sistema, il rapporto tra pubblico e privato e il livello di sovrapposizione tra struttura finanziatrice e strutture erogatrici del servizio sanitario regionale.

Agli opposti troviamo contesti con una unica azienda regionale per la gestione ed il finanziamento del sistema regionale (Marche e Valle d'Aosta) in primis e contesti, su tutti quello lombardo, basati su una chiara distinzione dei compiti tra i differenti soggetti istituzionali che compongono il sistema (Direzione Generale Sanità, Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

Sintetizzando:

- Le 15 ASL infatti svolgono un ruolo di presidio nella gestione dei servizi territoriali e di indirizzo per quanto riguarda, in particolare, il tema della educazione alla salute, prevenzione e profilassi. Svolge altresì una funzione di controllo degli enti erogatori del sistema.
- Le Aziende Ospedaliere pubbliche (29) e gli IRCCS (5) svolgono la funzione erogativa del sistema ed in particolare presidiano l'ambito specialistico/ospedaliero

in coordinamento con le ASL per garantire la continuità assistenziale ospedale/territorio.

- La Direzione Generale Sanità svolge una funzione di indirizzo e coordinamento generale del sistema sanitario regionale e di negoziazione con i singoli contesti territoriali e le singole autonomie aziendali.

Il contesto lombardo inoltre con la riforma del 1997 (legge regionale 31) ha optato per un modello di piena collaborazione ed equiparazione del pubblico e del privato accreditato ponendo sul medesimo piano le differenti configurazioni istituzionali e garantendo al cittadino la libera scelta del ente erogatore. Ciò ha permesso nel tempo di farsi che il pubblico mutuasse alcune delle pratiche di gestione manageriale proprie del contesto privato ed il privato integrasse l'economicità propria del servizio con un buon livello di cure al di fuori del regime di solvenza dei pazienti. L'accesso alle strutture private accreditate, infatti, viene garantito, nel rispetto dei principi costituzionali alle medesime condizioni delle strutture pubbliche.

La forma di rimborso delle strutture privato che dialogano con la pubblica amministrazione in regime equiparato avviene in maniera prestazionale secondo la medesima logica delle aziende pubbliche. Tale scelta, innegabilmente, negli anni ha portato a dinamiche opportunistiche che dovranno, nei prossimi anni, trovare idonea soluzione. Da questo punto di vista vi sono interessanti esperienze di collaborazione tra pubblico e privato anche in altri contesti europei (in particolare in Spagna con il modello "Alzira") che potrebbero fornire interessanti spunti organizzativi per un riassetto del sistema lombardo.

In generale, comunque, il processo di riforma federale avviato negli anni '90 in Regione Lombardia ha portato ad un elevato livello dei servizi e di soddisfazione della popolazione residente. Ha inoltre garantito un buon sviluppo di know-how scientifico-tecnologico testimoniato dalla ampia produzione scientifica dei 17 IRCCS presenti sul territorio lombardo (tra pubblici e privati).

Per quanto riguarda lo stato di salute della popolazione regionale, il 72,9% dei lombardi nel 2011 dichiara di essere in buone condizioni di salute, a fronte di un 71,1% rilevato

per la totalità della popolazione italiana. A supportare questo primo dato possono essere richiamati altri indicatori: una speranza di vita alla nascita di 79 anni per gli uomini e di 84 anni e mezzo per le donne allineata ai valori medi nazionali, che comunque risultano tra i valori più alti nel panorama internazionale, un tasso di mortalità (91,13) inferiore al corrispondente valore nazionale (97,22).

Nel 2011 sono state erogate in Lombardia oltre 170 milioni di prestazioni ambulatoriali di cui il 59% presso strutture pubbliche ed il restante 41% presso strutture private convenzionate e sono stati effettuati poco più di 2 milioni e 400 mila ricoveri tra degenze ordinarie e accessi in day hospital.

L'assistenza sanitaria è assicurata da un sistema di medicina territoriale raggruppato in 15 ASL articolate a loro volta in distretti e complessivamente da 210 strutture di ricovero di cui 94 istituti pubblici presso aziende ospedaliere, 84 case di cura private (72 accreditate e 12 non accreditate), 25 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), 6 ospedali classificati e un presidio ospedaliero pubblico di Asl. Le aziende ospedaliere lombarde offrono oltre 36.500 posti letto in degenza ordinaria e oltre 4 mila in day hospital con un tasso di saturazione rispettivamente del 81,6% e del 50,3%.

Oggi è possibile, senza paura di essere smentiti, considerare Regione Lombardia come contesto riconosciuto di eccellenza in ambito sanitario sul territorio nazionale. La fonte di tale evidenza è il significativo numero di cittadini provenienti da fuori regione che annualmente sceglie regionale lombardia per farsi assistere, soprattutto in campi specialistici di avanguardia.

- **Quali sono gli effetti positivi del decentramento nella prestazione dei servizi sanitari?**

Gli effetti positivi del decentramento delle modalità organizzativo-manageriali per la gestione dei servizi sono prevalentemente riconducibili ai seguenti elementi:

- Una più significativa aderenza al quadro epidemiologico/demografico della popolazione.
- Più attenzione al geo-morfismo territoriale.
- Maggiore controllo da parte della cittadinanza/utenza.

- Controllabilità e gestibilità del processo di governo organizzativo ed amministrativo/istituzionale.
- Forme di governo adeguate allo sviluppo amministrativo ed alla cultura del management delle singole autonomie regionali.

• **Secondo Lei, il coordinamento tra Regioni è necessario, permetterebbe una migliore gestione delle risorse e raggiungerebbe una maggiore efficienza?**

In questo momento in Italia il coordinamento tra regioni è garantito da alcuni organismi istituzionali. Su tutti occorre ricordare il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e la Conferenza Stato Regioni. Se a ciò si aggiunge che le modalità di riparto del Fondo Sanitario Regionale vengono concertate in Conferenza Stato Regioni in accordo con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economie e delle Finanze con il supporto del CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica) della Presidenza del Consiglio dei Ministri ci si rende facilmente conto di come le forme di coordinamento del sistema non manchino. A mio parere pertanto un coordinamento interregionale già è presente.

In questo momento, nel Paese, si scontrano tendenze centripete, naturalmente suscitate dal periodo di contingenza economico-finanziaria recessiva e centrifughe che auspicherebbero di proseguire nel processo federale attraverso forme di decentramento più marcate.

Il compito in questo senso del governo centrale è svolgere la funzione garante di un'equa, efficace ed efficiente transizione ad un sistema decentrato. Dinamica ormai a mio parere irreversibile. Una reversione ad un sistema e modello gestionale più fortemente centralizzato porterebbe ad un sistema difficilmente gestibile in termini di governance e coordinamento, lontano dalle esigenze dei singoli contesti territoriali e difficilmente soggetto alla prima forma di controllo del sistema: il giudizio della cittadinanza. Se ne perderebbe in efficacia, efficienza e capacità di controllo e difficilmente si riuscirebbe a garantire maggiore accessibilità ed equità del servizio.

- **Il decentramento del sistema sanitario ha permesso al cittadino avere un ruolo decisionale riguardo alla sua salute?**

Il decentramento istituzionale ha permesso al cittadino di avere un livello di interlocuzione, che si esprime prevalentemente nel momento elettorale, più diretto nei confronti delle persone chiamate ad svolgere il compito di governo del sistema sanitario regionale. Con una copertura di budget della pubblica amministrazione regionale pari al 70-75% del bilancio, la sanità è diventata la prima priorità della agenda pubblica ed il primo elemento di giudizio del cittadino nell'analisi dell'attività di governo dei rappresentanti regionali.

SECONDO GRUPPO DI DOMANDE: Invecchiamento della popolazione.

Le conseguenze dell'invecchiamento sulla salute rappresentano una delle preoccupazioni più inquietanti per i cittadini delle società sviluppate: il rovescio della medaglia di una vita più lunga è forse proprio il timore di trascorrerne una parte in condizioni di sofferenza, di non autosufficienza.

- **Come affronta il sistema sanitario lombardo gli effetti dell'invecchiamento della popolazione, non solo come problema riguardo alla sostenibilità finanziaria, anche a livello socio-sanitario-assistenziale dovuto all'aumento del tasso di dipendenza?**

Tra le malattie croniche che colpiscono la popolazione lombarda le più diffuse sono l'artrosi, l'ipertensione, le allergie seguite poi ad una certa distanza da osteoporosi, bronchite o asma, diabete, malattie del cuore, disturbi nervosi, ulcera. Tali patologie sono presenti con incidenze che risultano tutte in diminuzione nel corso degli ultimi anni ad eccezione dell'osteoporosi ma soprattutto delle allergie. Tale tipo di cronicità risulta essere l'unico presente in quota superiore agli analoghi valori registrati a livello medio nazionale.

Nella revisione di un sistema fortemente centrato sul ruolo dell'ospedale una grande sfida per Regione Lombardia è stata la revisione verso un modello di cura più vicino alle persone nelle comunità in cui vivono. Attraverso la strategia della prossimità si intende quindi rendere sempre più efficace la risposta pubblica (soprattutto nella gestione di

alcune malattie croniche e delle situazioni sub acute) ed efficiente (riducendo in questo modo il ricorso a ricoveri impropri).

In questo contesto, la d.g.r. 937 del 1° dicembre 2010 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011” e successive integrazioni (in particolare d.g.r. 1479 del 30/03/2011) hanno previsto di implementare sperimentalmente il CReG (Chronic Related Group) inteso come una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse agli erogatori accreditati (ad esempio: Medici di Medicina Generale, ONLUS, Fondazioni, Aziende Ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra sia extraospedaliere, ecc.) deve garantire, senza soluzioni di continuità e cali di assistenza, tutti i servizi extraospedalieri (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG è specifico per patologia ed è finalizzato ad assicurare i livelli assistenziali previsti nei vari percorsi di cura. Sono state individuate 155 tariffe. La d.g.r. 1283 del 1° febbraio 2011 ha individuato gli ambiti territoriali di sperimentazione in 5 ASL (ASL di Milano, Bergamo, Como, Lecco, Milano 2).

L'obiettivo della sperimentazione, che riguarda le patologie di Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scompenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, Ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi e le Patologie neuromuscolari a maggiore livello di disabilità e che si concluderà alla fine del 2013, è evitare i disagi ai malati cronici, proponendo un modello che preveda già al suo interno un progetto di cura adeguato alle nuove esigenze della sanità. Sono già oltre 400 i medici di medicina generale che hanno aderito al programma, coinvolgendo oltre 80.000 pazienti. Anche dal punto di vista dell'efficienza occorre segnalare la centralità del controllo della spesa per l'abbattimento del costo (il cui valore medio oggi è stimato attorno ai 2.200-2.400 euro pro capite annui) per i malati cronici (circa 2 milioni e mezzo in Lombardia, pari al 27% della popolazione), eliminando in misura del 20% il ricorso a ricoveri ritenuti inappropriati e il cui costo incide per il 48% sulla spesa.

In un modello di cura sanitaria che prevede la costituzione di strutture intermedie tra il domicilio e l'ospedale sono da evidenziare le iniziative per le cure sub acute.

La d.g.r 1479 del 30 marzo 2011 ha istituito la Macroattività Ambulatoriale Complessa e ne ha individuato il contesto organizzativo e di erogazione con l'obiettivo primario di perseguire l'appropriatezza di erogazione di servizi che, pur necessitando di essere garantiti in un contesto ospedaliero, possono essere effettuati in un regime di tipo ambulatoriale complesso, superando così il maggiore limite delle attività di day hospital che legano la propria operatività alla presenza di posti letto che sempre più raramente si rendono necessari grazie alle nuove opportunità cliniche ed organizzative.

Dal 2012 sono stati attivati presso le Aziende Sanitarie Locali della Lombardia progetti finalizzati alla copertura assistenziale, per i pazienti in età pediatrica, nelle giornate del sabato, nel giorno prefestivo, qualora questo preceda più di un giorno di festività, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza nell'arco della settimana e costituire un filtro valido all'accesso improprio al pronto soccorso. Per il finanziamento di detta progettualità nel corso del 2013 è stato previsto un contributo da parte di Regione Lombardia pari a 2 milioni di euro.

Altro snodo essenziale il questo processo è la revisione dei Pronto soccorso in relazione alla gravità dei pazienti che vi arrivano. In questo contesto l'introduzione dei CREG, ha anche la finalità di ridurre l'accesso ai Pronto soccorso.

- **Oltre all'invecchiamento della popolazione, quali altri problemi deve affrontare il sistema sanitario che possano mettere in questione la sostenibilità nel breve periodo?**

Innanzitutto, occorre sottolineare che le policy di welfare, in particolare in ambito sanitario, proprio perché oggetto di riforme consolidate (come appunto la riforma del sistema sanitario regionale, l.r. 31/1997), hanno già vissuto un percorso non solo sperimentale, ma anche sperimentato e inizialmente valutato, tale da introdurre logiche correttive dovute a elementi di natura globale, conseguenti ai trend demografici, al perdurare di elementi di crisi economica (con significativi riflessi sulle condizioni sociali dei singoli e delle famiglie), a continue restrizioni in termini di risorse che impongono comunque percorsi di razionalizzazione, ma anche contemperando alla necessità di

mantenere adeguati standard di qualità. Uno dei principi cardine dell'evoluzione e dello sviluppo del Servizio Sanitario di Regione Lombardia è stato certamente quello dell'equilibrio economico finanziario. Con grande evidenza documentale e di riscontro da parte degli organismi di controllo preposti a livello nazionale e regionale, previsti dagli Accordi Stato Regioni in materia sanitaria e dalla normativa nazionale – Corte dei Conti - , Regione Lombardia si è distinta tra le altre Regioni per aver definito un modello di Servizio Sanitario in grado di coniugare alta efficacia nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con alta efficienza della spesa. A partire dall'Accordo Stato Regioni del 2001 Regione Lombardia ha garantito l'equilibrio economico (pareggio di Bilancio) del proprio Servizio Sanitario.

L'evoluzione del sistema sanitario è quindi fortemente caratterizzata dal continuo recupero di forme di efficienza ed insieme di appropriatezza delle prestazioni (si pensi alla contrazione dei tassi di ospedalizzazione, agli investimenti in prevenzione, al potenziamento delle attività ambulatoriali, all'ottimizzazione del pronto soccorso e delle rete di emergenza-urgenza, alla garanzia della continuità di cura).

Nel dettaglio si dovrà agire nel breve periodo tramite forme di riorganizzazione della spesa funzionali a fornire un livello di servizi omogeneo e di buona qualità su tutto il territorio regionale in particolare in questi ambiti:

- nuovi modello organizzativi di gestione delle patologie croniche ed invalidanti.
- nuovi processi di integrazione tra ospedale e territorio.
- assessment territoriale della tecnologia diagnostica e terapeutica.
- centralizzazione di alcune tipologie servizi (in particolare quelli amministrativi, quelli logistici, i servizi centrali, le forniture di dispositivi, ausili e farmaci, ecc.);
- la riforma della rete dell'emergenza urgenza.
- la riconversione dei presidi territoriali.
- la centralizzazione delle alte specialità.

Senza la pretese di voler essere esaustivi, l'agenda dei prossimi anni appare ampia e ricca di sfide interessanti.

TERZO GRUPPO DI DOMANDE: I cittadini e la sanità.

- **Come si pongono i cittadini attitudinalmente verso la sanità? Quali sono i valori della cittadinanza rispetto alla protezione sociale? Quale dovrebbe essere la posizione del cittadino/paziente riguardo alle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria? E' il cittadino comune cosciente del servizio che gli è fornito?**

Il cittadino lombardo è una persona mediamente istruita che approccia il tema della sanità attraverso canali di informazione evoluti che gli permettono di farsi una chiara idea e di interloquire in maniera attiva con l'organizzazione sanitaria e con i professionisti sanitari a cui si rivolge per le proprie necessità assistenziali.

A questo occorre aggiungere che, come normalmente avviene, il cittadino in cerca di risposte rispetto al proprio bisogno di salute si dirige al punto di accesso al sistema sanitario che reputa in grado di fornirgli una risposta adeguata. Occorre sottolineare, però, che se si è detto che il cittadino ha una buona conoscenza del suo stato di salute e della eventuale patologia da cui è affetto, altrettanto non si può dire del grado di conoscenza dei servizi. Il cittadino non riconoscendo il livello di servizio adeguato al suo bisogno tende, come naturale, a sovrastimare il proprio bisogno ed a rivolgersi ad un punto di accesso al sistema che non di rado potrebbe rilevarsi inappropriato. Questo in ragione del fatto che vi è una buona accessibilità a ciascun livello assistenziale in regime universale e gratuito.

In questo senso risulta necessaria una marcata opera di educazione all'utilizzo dei servizi sanitari, facendo comprendere al cittadino che l'utilizzo inappropriato ha importanti ripercussioni sulla qualità della vita in termini di tempi di attesa, qualità del servizio, costi del sistema, ecc.

QUARTO GRUPPO DI DOMANDE: Accessibilità e equità del sistema sanitario.

L'accessibilità rappresenta la possibilità di equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi da parti degli utenti.

- **Quali sono, secondo Lei, sono i principali problemi che deve affrontare la Regione Lombardia per garantire il diritto ad essere curati? E' Il sistema sanitario della Regione garante dell'equità?**
- **Quale schema di equità segue il ticket sanitario in Lombardia?**

In Regione Lombardia l'equità non è in discussione così come l'accessibilità al sistema dell'assistenza sanitaria anche se a seconda dello stato di salute o del territorio si esprime in forme differenti, sebbene appropriate. Il diritto alle cure in Regione Lombardia è un diritto tranquillamente esigibile.

Se la domanda chiede se è possibile migliorare il sistema, ovviamente questo è evidente. Per quanto riguarda l'accessibilità alcune delle principali linee di intervento potrebbero essere orientate a:

- Migliorare le condizioni di accessibilità alla strutture del sistema sanitario pubblico, eliminando le barriere architettoniche e facilitando i trasporti sia interni alle strutture sia da e per la struttura medesima verso il domicilio del paziente.
- Migliorare le condizioni di operatività delle strutture estendendo gli orari di utilizzo e di servizio in particolare dell'area diagnostica di laboratorio e per immagini a fasce maggiormente accessibili (prima mattina, tardo pomeriggio, sera).

Problemi in termini di accessibilità potrebbero, in una logica più di sistema generarsi per l'utenza residente al di fuori dei confini regionali che desiderasse essere assistita in Regione Lombardia e conseguentemente per i cittadini lombardi. Attualmente non pare che tale flusso condizioni drasticamente l'accessibilità al sistema.

Per quanto riguarda l'equità occorre sottolineare come a tutti i cittadini sono garantite uguali condizioni assistenziali in regime di tutela di un pubblico diritto. In termini di compartecipazione alla spesa (ticket sanitario) è utile notare come il sistema preveda modelli di esenzione per le fasce meno abbienti e per quelle socialmente in difficoltà (coloro che hanno perso il lavoro, ecc.) così come per coloro che hanno regimi di invalidità riconosciuta e sono affetti da patologie rare. Stante queste premesse il sistema dei ticket non segue logiche di proporzionalità del reddito ma si applica alle singole prestazioni in modo indifferenziato.

Da questo punto di vista sarebbe ragionevole pensare ad un sistema di applicazione del ticket che a mio parere pur continuando a non essere basato secondo una logica comunque equa di proporzionalità della spesa, e quindi di contribuzione, sulla base delle proprie capacità di produzione reddituale tenga però conto della capacità reddituale della famiglia, allontanandosi dalla logica cellulare del singolo individuo, introducendo livelli minimi di ingresso o cap contributivi proporzionali. Ciò permetterebbe di riconoscere ultimamente il valore sociale della famiglie e la funzione sociale che gli è propria.

- **Che incidenza ha avuto sulla equità, l'introduzione nel sistema socio-sanitario italiano del “quasi mercato”?**

Le logiche di “quasi mercato” introdotte con la riforma aziendalista di cui si è già fatto precedentemente cenno non pare che abbiamo introdotto significativi problemi di equità si si ragiona in un ottica atomica considerando cioè il singolo fruitore delle prestazioni del sistema sanitario pubblico. Più significativi problemi in tal senso a mio parere si sono introdotti ampliando l'orizzonte ad una struttura organizzativa maggiormente complessa, la famiglia ed il suo nucleo. Da certi punti di vista si può forse dire che il “quasi mercato” ha migliorato l'accessibilità al sistema attraverso un più efficace controllo e gestione sulle liste di attesa. Sotto altri punti di vista, come la compartecipazione alla spesa, vi sono elementi correttivi che andrebbero inseriti.

Credo, comunque, che in tal senso accessibilità ed equità in un prossimo futuro potrebbero essere seriamente compromesse nel loro elemento più alto, l'appropriatezza, da una organizzazione del sistema delle cure non capace di analizzare i bisogni specifici mutati della popolazione e a non riprogettare l'offerta assistenziale sulla base della mutate situazioni eziopatogeniche.

- **Quali sono le misure che bisognerebbe adottare per evitare gli effetti negativi sull'equità?**

Da questo punto di vista ritengo che una riforma del modello organizzativo di programmazione e gestione dei servizi sanitari renda maggiormente coscienti i cittadini dell'offerta sanitaria disponibili e ne garantisca un miglior utilizzo e una più cosciente accessibilità secondo canoni di appropriatezza.

- **Crede che sia possibile introdurre in Italia un sistema assicurativo come quelli presente in Francia o Germania?**

Lo ritengo non solo possibile ma credo che sia anche utile nel momento in cui le prestazioni presenti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) dovessero per motivi di sostenibilità del sistema venire ridotte dal governo centrale e essere dichiarate non più finanziabili dal governo regionale tramite fonti differenti dal Fondo Sanitario Regionale. È evidente che tali modelli assicurativi avrebbero significativi impatti in termini di universalità, uguaglianza ed accessibilità al sistema sanitario. Rimane comunque una scelta di governo del sistema.

Già ora vi sono possibilità di assistenza sanitaria integrativa che coprano una certa quota del mercato italiano (circa il 4%). Credo però che il reale discrimine sia nel garantire la libertà al cittadino di scegliere come contribuire al proprio sistema di copertura sociale in materia sanitaria.

QUINTO GRUPPO DI DOMANDE: Efficienza.

I punti chiavi in qualsiasi sistema sanitario dei servizi che si rendono sono, senza dubbio, i costi, la qualità, l'accessibilità e soprattutto l'efficienza.

- L'introduzione di strumenti di gestione efficiente nel sistema sanitario lombardo attuale, è per Lei un dibattito di gestione pubblica o privata o di gestione più o meno efficiente?

È unicamente un problema di sostenibilità. Non è una questione discriminare il regime attraverso il quale si fornisce un servizio, se tramite una configurazione istituzionale pubblica o privata. Il discrimine è se il livello del servizio in termini qualitativi massimizza l'utilizzo di risorse. Vale a dire se le risorse che vengono impegnate sono utilizzate per ottenere il livello qualitativo migliore possibile. In questo senso occorre abbinare il sistema di management del privato, i processi decisionali di allocazione delle risorse del pubblico contemperando l'economicità e la qualità assistenziale.

In questo senso è di fondamentale la funzione di controllo e di negoziazione sul privato esercitata dall'istituzione pubblica in funzione di governo del sistema, così come è di

fondamentale importanza lo sviluppo di una dimensione manageriale nella governance delle strutture pubbliche.

Da questo punto di vista in Regione Lombardia da anni si forma il top management ed il middle management delle amministrazioni sanitarie pubbliche. Il futuro del rapporto tra pubblico e privato in sanità in Regione Lombardia sarà fortemente influenzato dalla valorizzazione specifica delle caratteristiche di ciascuno dei sistemi istituzionali e di governance sotto uno specifico controllo dell'amministrazione pubblica.

SESTO GRUPPO DI DOMANDE: Agende di riforme.

Affrontare delle riforme ha sempre un costo elettorale soprattutto ora che siamo immersi in una delle peggiori crisi economiche che mai abbia sofferto l'Europa. La condizione essenziale perché una riforma sia accettata è che i cittadini capiscano che una riforma non significa necessariamente minimizzare il costo totale della sanità, ma invece migliorare il suo funzionamento.

- C'è oggi in Regione Lombardia una urgenza di realizzare riforme in campo sanitario?

Attualmente si denota la necessità di riprendere il passo che ha contraddistinto la fine del secolo scorso ed i primi anni l'inizio del presente tramite innovazioni dinamiche, aderenti al contesto di riferimento che, nella tutela dei principi costituzionali, permettano di mantenere un buon livello assistenziale in regime di economicità sostanziale.

Non si tratta di cambi radicali di paradigmi ma di una innovazione in continuità con un contesto sanitario solido, efficace ed efficiente che deve adattarsi ad esigenze sanitarie nuove.

Volendo tratteggiare una agenda di 10 priorità ritengo che si debba lavorare nelle seguenti direzioni:

1. Una nuova organizzazione di ASL/AA.OO basata su standard di volumi efficienti e sulle caratteristiche della popolazione e del territorio.
2. Riforma della rete dei servizi tramite la riorganizzazione e la ridefinizione funzionale dei presidi ospedalieri e strutture intermedie.

3. Avvio di un processo di razionalizzazione delle Unità Organizzative (in particolare quelle che erogano prestazioni di alta specialità, innovative e ad alto costo) e una riorganizzazione della dotazione tecnologica delle strutture ospedaliere referenti e delle strutture presidio territoriale.
4. Nuova idea di “reparto” (unità organizzativa) più moderna e basata su una chiara distinzione tra utilizzo dello spazio “alberghiero” e responsabilità di area medico/infermieristica.
5. Nuovi modello di gestione delle strutture ospedaliere attraverso un approccio che tenda alla progressiva ridefinizione dei reparti e si volta all’introduzioni dei regimi di intensità di cure.
6. Ridefinizione, centralizzazione e dematerializzazione delle procedure relazionate ai servizi diagnostici ed amministrativi.
7. Riordino delle procedure di acquisto di fattori produttivi e di servizi attraverso lo sviluppo del tema delle gare aggregate e della Centrale regionale acquisti come ente di coordinamento, accompagnamento ed su tematiche specifiche in funzione di “provveditore” regionale.
8. Introduzione per alcune tipologie prestazionali di un nuovo sistema di tariffazione basata sulla presa in carico dell’assistito.
9. Sviluppo del tema della prevenzione, educazione alla salute e governo della domanda.
10. Revisione dei meccanismi e delle dinamiche di compartecipazione alla spesa introducendo sistemi su base proporzionale familiare.

• **Quale è la strada da intraprendere perché il cittadino possa capire il bisogno di un cambio se ci fosse necessario?**

Credo che in primo luogo sia necessario spiegare al cittadino le mutate condizioni del contesto e la non sostenibilità del sistema di tutela socio-sanitaria così come lo abbiamo pensato sino ad oggi. Bisogna avere in mente come dovrà cambiare questo paradigma e fare in modo che il cittadino comprenda prima di sperimentare sulla propria pelle la necessità di un cambiamento che, tra l’altro, lo vede protagonista come modalità di utilizzo responsabile del servizio. Il cambio di setting assistenziale, avvicinandosi alle caratteristiche del bisogno di salute, in ottica di sostenibilità, dovrebbe essere maggiormente coerente alle necessità del paziente che, quindi, dovrebbe essere

maggiormente soddisfatto delle caratteristiche del servizio. Credo che sia necessario un cambio di mentalità e di educazione sia nell'utilizzo del servizio sia nella progettazione, programmazione dello stesso.

CUESTIONARIO DE TESIS DE DOCTORADO**Entrevista a Javier Fernández-Lasquetty**

Consejero de Sanidad en la Comunidad de Madrid

(18 de marzo de 2010 a 27 de enero de 2014)

(Recibido el 12 de diciembre de 2014)

Periodo de estudio: 18 marzo 2010 a 27 enero 2014

Objeto de estudio: Decisión y Acción de Gobierno de Madrid sobre la necesidad de la reforma sanitaria. Desarrollo de la política pública a través del sistema gubernamental. Instituciones públicas y sujetos privados como actores en el proceso de reforma. Otros actores implicados y su contribución.

PRIMER BLOQUE DE PREGUNTAS: Periodo previo a la llegada a la Consejería de Sanidad (2002 -2009).

La Ley 12/2001, de 21 diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid marca el punto de partida del sistema sanitario madrileño, que es definido en su Título II como "el conjunto de recursos, normas, medios organizativos y acciones orientadas a satisfacer el derecho a la protección de la salud".

- **¿Cuál fue modelo en el que se inspiró la Ley 12/2001? ¿Cuáles fueron las influencias intelectuales? (Ej.: Modelo inspirado en el *New Public Management*?)**

No viví esa época personalmente, pero, hasta donde yo sé, el modelo bebió bastante de lo recogido en el Informe Abril y de lo que éste trajo consigo. Me refiero a la influencia del NHS. Pero trasladar esos supuestos a un modelo regional es muy complicado porque el modelo de competencias español tiene algunas consecuencias que yo creo que se toman menos en cuenta de lo que se debe y, en cambio, otras se magnifican.

La visión común y lo que se tiende a pensar es que es una locura tener 17 sanidades, cada una actuando por su cuenta. Personalmente, teniendo muy escasa convicción, insisto, no siendo un entusiasta de la transferencia, de la devolución o el traspaso de poderes a las CC.AA, considero que en el caso de la sanidad esto no es un problema. El problema radica

en que el sistema no funcione como un sistema integrado y único en el que la complejidad sea dirigida, por ejemplo, por algunos hospitales y no se disperse.

- **¿Qué puntos clave, como acción de gobierno, destacaría en el proceso de adopción de las competencias sanitarias por parte de la Comunidad de Madrid? ¿Cuál fue la evolución del sistema en esos años?**

Creo que es necesario referirse a una doble realidad (fáctica) que ha influido en la evolución de la sanidad de la Comunidad de Madrid. ¿A qué me refiero con doble realidad o incluso triple? Por un lado, la necesidad y dificultad que debieron vivir mis predecesores en intentar casar dos culturas no tan diferentes, pero sí mutuamente recelosas la una de la otra, éstas son: la cultura de los hospitales del INSALUD y la cultura de la antigua Diputación de Madrid, es decir del Marañón, que era la que predominaba en la Comunidad de Madrid. El recelo fue tal que por ese motivo fue necesaria la existencia del INSALUD - Instituto Madrileño de Salud-, el Servicio Madrileño de Salud y finalmente la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, que fue el artefacto legal administrativo creado para que esas dos redes, que habían vivido en paralelo y en el mutuo enfrentamiento durante dos décadas o incluso tres, empezaran a trabajar juntas. A la altura en la que yo llegué, en 2010, ocho años después de las transferencias, ya no quedaba nada de esa divergencia de culturas y diría lo mismo de mi predecesor Juanjo Güemes, que llegó en 2007 (5 años después del traspaso de las competencias).

Rápidamente, hay tres factores que han marcado principalmente la evolución del sistema en los años previos a la crisis, estamos hablando de 2002 a 2007. Primero, como antes he anticipado, la necesidad de hacer casar una cultura con otra, dos maneras de trabajar mutuamente recelosas.

Segundo, el peso de la tradición del Instituto Nacional de Salud. Es necesario saber que por muchos diseños que pudiera hacer la LOSCAM, la fuerza de los hechos se imponía en el comportamiento de los hospitales. Al final, aunque la ley dibujara un sistema de pesos y contrapesos de diferenciación de funciones y demás, se terminaba funcionando como se venía funcionando desde la inauguración del 12 de Octubre en 1973 o de La Paz en 1964. Este es el segundo factor, el peso de la tradición del sistema nacional de salud es tan potente que hoy día sigue siendo, a mi juicio, el principal factor de inmovilismo.

Con todo lo que tiene de bueno este gran sistema sanitario, ante cualquier atisbo de reforma, instintivamente, el sistema y quienes lo componen lo ven como una amenaza.

El tercer factor que también influyó mucho en la evolución del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid en esos años, 2002 hasta 2007/2008, fueron las consecuencias que necesariamente tuvo el enorme impulso que le dio Esperanza Aguirre a red sanitaria. Es decir, el hecho de poner en marcha la construcción de 8 hospitales, que posteriormente han sido 12, y de 60 centros de salud en un primer momento, que en realidad han sido 80 después. Aunque esto no llevara aparejado cambios estructurales ni cambios en la normativa, el solo hecho de la irrupción de toda esta realidad al mismo tiempo hizo que las cosas fueran cambiando no por mandato legal, sino por la propia realidad. Y, de hecho, considero que el factor más determinante en los años 2002 – 2009 ha sido la propia realidad. La realidad debe ser considerada como un cuarto y último factor, que sigue incidiendo ahora y que ha influido de manera determinante, como ha sido la crisis financiera.

Para concluir, la realidad es que en enero de 2002 tenían organizado todo lo necesario para recibir una doble red y la gran masa hospitalaria de Madrid que procedía del INSALUD. Es cierto que durante dos, tres o cuatro años continuaron funcionando en paralelo, pero se fueron creando estructuras y maneras de trabajar entre ellas. Fundamentalmente, fue la Red Sanitaria Única de Utilización Pública la que los aunaba a todos y los mantuvo dentro de un mismo sistema. A la altura del año 2006/ 2007, que es relativamente pronto para un sistema tan grande, ya estaba completamente integrado y, desde luego, cuando yo llegué no se notaba la más mínima diferencia.

Teniendo en cuenta que esta ley, fue posteriormente modificada por otra normativa, como la relativa a la institución del SERMAS (2005) o la referente a la libertad de elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid (2009):

- **¿Qué elementos relevantes de gobierno del sistema sanitario fueron introducidos? ¿Y cómo se procedió a ello? ¿(Separación de funciones: aseguramiento, compra y provisión de servicios sanitarios)?**

La LOSCAM recogió toda la diferenciación de funciones que se establecían entre órganos que actuaban como compradores, órganos que actuaban como proveedores y órganos que actuaban como garantes; pero la fuerza de los hechos, es decir, lo que acabo de explicar antes sobre la necesidad de casar dos culturas y el peso de la tradición del Instituto Nacional de Salud, ha tenido como consecuencia una menor separación de funciones.

SEGUNDO BLOQUE DE PREGUNTAS: Llegada a la Consejería de Sanidad, año 2010.

La toma de responsabilidades públicas lleva sin dilación a una toma de conciencia de la situación precisa sobre la que se debe actuar y concebir posibles reformas.

- **¿Cómo definiría Usted, en general, la situación del sistema sanitario madrileño a su llegada a la Consejería de Sanidad? En particular, ¿qué puntos de fortaleza y puntos debilidad del sistema sanitario encuentra en el momento de su asunción responsabilidad como Consejero?**

Mi llegada a la Consejería de Sanidad se produce en marzo de 2010 y hay tres rasgos fundamentalmente que la marcan. El primero es un alto grado de conflictividad sindical. Las noticias sobre las relaciones laborales de la sanidad de la Comunidad de Madrid habían pasado a ser noticia de apertura de los periódicos, como consecuencia de la medida emprendida por mi predecesor, Juanjo Güemes, de reducir el número de liberados sindicales (1.600). Esperanza Aguirre puso en marcha esta medida, empezando por la sanidad y después extendiéndola a todos los ámbitos. Un año más tarde el Gobierno central terminó haciéndolo para toda España. En definitiva, el primero marcado por conflictividad sindical.

Segundo, marcado por la crisis económica ya convertida en crisis fiscal, es decir, se había notado la reducción de ingresos fiscales aunque mucho peor fue en los años siguientes, en 2011, en 2012 y, sobretudo, en 2013. Este hecho hay que unirlo a que un año y medio antes habían entrado en servicio simultáneamente 8 hospitales con sus respectivas plantillas, aunque no todos eran personal nuevo. El problema era que los ingresos, las urgencias, no bajaron. ¿Por qué? Porque en un sistema gratuito en el punto de la asistencia, sin otra barrera que no sea la distancia y la demora, cuando amplias la planta sanitaria, ya sea en hospitales o en centros de salud, como lo que estás haciendo es abrir

más puertas la demanda crece. Crece en cirugías, pero desgraciadamente no crece en partos.

Y el tercer rasgo, que está ligado con el segundo, es que la sanidad es el único ámbito de la administración pública en España cuyo gasto puede superar el presupuesto. Eso no pasa en ningún lado, en obras públicas, en educación, en el ejército, en el Ministerio de Asuntos Exteriores. Un gerente de un hospital aunque en el mes de septiembre se quede sin dinero para comprar hilo de sutura, no puede decirle a los médicos que no hay hilo de sutura. Pide el hilo de sutura y lo paga más adelante. Esto empezó a pasar en los años 60. Los hospitales públicos son los únicos organismos de la administración española en los que no hay intervención previa. Creo que todo esto les deterioró, incluso moralmente, porque les hizo pensar que podían disociar completamente sus decisiones clínicas y asistenciales de los recursos de los que dependía su sostenibilidad. Hasta que a la altura de 2010 descubrieron que las cosas cuestan y que no podían no llevar un control del gasto.

- **¿Había ya iniciado algún proceso de reforma?**

Bueno este sería otro rasgo más que añadir a los que acabo de mencionar. Cuando llegué en marzo de 2010, Aguirre había querido introducir la libertad de elección ya en su primer mandato. Ella pensaba que era que era una cosa sencilla, aunque técnicamente tiene mucha complicación organizativa, pero cualquiera ha podido ver que ha sido sencillo. Sin embargo, en este sistema que tenemos en España basado en funcionarios públicos con la plaza fija, con plaza en propiedad, pues es complejo. Entonces, la Presidenta renunció a hacerlo en el primer mandato pero se juró así misma que en el segundo mandato lo hacía y fue en el programa electoral de 2007.

La Ley de libertad de elección se aprobó a finales de 2009 con un plazo de entrada en vigor dependiendo de una normativa de desarrollo, esto es, unos decretos de desarrollo que tenía que elaborar la Consejería de Sanidad. Yo llego con la Ley ya aprobada, pero los decretos todavía no estaban hechos. Faltaba llevarlo a la práctica. Me puse a trabajar con mi equipo y vimos técnicamente qué se estaba haciendo, cómo modificarlo, cómo corregir. Pero fundamentalmente me di cuenta de una cosa con estupor. Había seguido los debates y en ese debate público y político yo pensaba que contra la libertad de elección estaba la izquierda y los sindicatos por inmovilismo.

Mi asombro se produce cuando llevaba 3 o 4 días de Consejero y empiezo a hablar con médicos porque voy a hospitales, porque voy actos... me pongo a hablar con médicos que están trabajando en los hospitales o en los centros de salud. Los médicos, con independencia de su presumible orientación política, estaban radicalmente en contra. Percibí una oposición muy callada, muy sorda, no se habían manifestado. Pero me encontré con el verdadero problema que a mí me alarmaba cuando hablé con una médico de cabecera de un consultorio de Madrid afiliada a mi partido. Ante la pregunta de qué le parecía la libertad de elección, los médicos siempre me hablaban del área única. Sin embargo, el área única es una cosa que Juanjo Güemes introdujo en la Ley de libertad de elección como algo instrumental para hacer más fácil el funcionamiento práctico y técnico de la propia libertad de elección. Ni siquiera era imprescindible, era más fácil pero no imprescindible. Es decir, Madrid estaba dividido en 11 áreas sanitarias cada una con una gerencia de atención primaria y Juanjo Güemes decidió que eso se fusionaba en una única gerencia de atención primaria. Pues esta doctora me dijo: 'es que eso del área única hay que corregirlo'. Y yo le pregunté por qué: '¿cuál es el problema si en el lugar de depender de la gerencia del área 4 depende de la gerencia de atención primaria?' y me miró con la misma cara cómo si le estuviera diciendo algo de otro mundo. Los médicos veían la libertad de elección como una ocurrencia de los políticos, 'algo que a la gente le va a gustar pero que no puede funcionar porque todo el mundo va a querer ir a mi servicio y yo no voy a poder atender a tanta gente'. O cosas del tipo, como que 'la gente se va a equivocar eligiendo'.

Pero bueno, yo creo que la gente no es tonta y se comporta de modo racional en todas las cosas de su vida. El resultado es que ahora han pasado 4 años y los mayores entusiastas de la libertad de elección son los médicos y ahora no conciben que pudiera ser de otra manera. Y eso que no hemos sido capaces de poner en marcha un sistema de retribución salarial que recompensara quien atiende más pacientes.

Me di cuenta de que hacía falta una estrategia dirigida a los médicos. No tanto a los medios de comunicación. Entonces exigí a todo mi equipo a que se hablara de libertad de elección y no de área única. Y posteriormente nos pusimos a desarrollar una manera de contar y explicar la reforma pensando fundamentalmente en los médicos, pero que no fuera tecnocrática sino que fuera, sobretudo, de valores. Para llevarlo a cabo le pedí ayuda a algún amigo mío, como por ejemplo Mauricio Rojas y a alguno más, para que me dieran

argumentos morales a favor de la libre elección pensado en los médicos. Necesitaba argumentos morales para un médico y la argumentación que generamos era motivar al médico de que la libre elección era indicativa de su buen hacer. Si el paciente te elegía entre los 15.000 médicos de Madrid es porque usted para el paciente es el mejor, técnica y humanamente.

Bueno, recapitulando, yo entré en marzo y quería que los decretos estuvieran listos en agosto para que pudiera entrar en vigor antes de Navidad y así cumplir con el compromiso electoral antes de las siguientes elecciones y con el tiempo suficiente para afrontar aquellos problemas iniciales que pudieran existir. En mi gabinete me pusieron al tanto del plan de comunicación que se estaba preparando para los médicos con el fin de explicarles lo que supone para ellos el cambio, puesto que sería algo que afectaría tanto su trabajo como a sus rutinas. Proponían hacer unas jornadas con los gerentes y éstos, a su vez, harían lo mismo con los jefes de servicios y etc.

Sin embargo, yo decidí que prefería explicarlo personalmente a los médicos, con lo cual a lo largo de todo el mes de junio, julio, septiembre, octubre y noviembre de 2010, todos los días, tenía una reunión de 2 ó 3 horas con no más de 20 personas, primero directores y responsables de enfermería en los centros de salud y, posteriormente, con todos los jefes de todos los servicios de todos los hospitales. Y además lo quise hacer de forma horizontal y no vertical. Yo quería ver a todos los jefes de servicio de traumatología de todos los hospitales, no a todos los jefes de servicio del hospital de Móstoles, por ejemplo. Y ahí tuvimos la oportunidad de explicarles no sólo técnicamente todo, sino de hacerles ver de qué trababa el concepto y del por qué... y funcionó de maravilla. Siempre había una pregunta: 'Consejero, está bien, pero ¿se da cuenta de que el paciente se va a equivocar? El paciente puede acudir a un hospital que no es el mejor en eso'. Mi respuesta era: 'estoy seguro de que va a pasar. Va a haber gente que se va a confundir. Pero esto es mucho mejor que el que el ciudadano esté obligado a ir un determinado hospital por el hecho de vivir en una calle y no en otra'.

Bueno al final lo que ha pasado es que el sistema de libre elección ha funcionado de maravilla. La libertad de elección ha venido asociada a cambios de residencia. Por ejemplo, el pediatra que se ha ocupado de mis niños desde que nacieron, yo me cambio de casa y me merece la pena cogerme el coche o el metro porque mi pediatra los conoce

mejor que nadie. En hospitales ha habido un pequeño pero significativo de flujo de pacientes de un hospital a otro.

- **¿Qué problemática le fue más urgente afrontar para la consecución de un servicio sanitario público de calidad?**

Respondida en partes diferentes de la entrevista. En resumen, completar la reforma de la libre elección y enfrentar las consecuencias de la crisis económica con una grande reducción del gasto público sanitario, teniendo en cuenta que la decisión en el gasto es dispersa ya que depende de multitud de actores. *Nota: esto está explicado más adelante.*

TERCER BLOQUE DE PREGUNTAS: La toma de la decisión. Definición de los objetivos. Definición de políticas públicas. La reforma y su puesta en marcha.

Cuando se decide introducir en la agenda política una nueva política pública, ésta puede significar la entrada en un proceso de reforma. Para ello se perfilan objetivos y métodos para alcanzar resultados que satisfagan una demanda.

Objetivos y Definición de la política pública.

- **¿Cuáles fueron los objetivos y las prioridades marcadas por el gobierno de la Región en materia sanitaria? ¿Qué otras prioridades?**

En mi mandato hay dos periodos o tres si los quieres bien diferenciados. El primero de ellos son los primeros meses y ya hemos hablado. Pero fundamentalmente hay otros dos periodos que están absolutamente marcados por la crisis. Es decir, por la reducción de los ingresos fiscales. Algunas CC.AA tienen una proporción muy grande de su gasto sanitario fuera de su presupuesto, tienen un déficit extra presupuestado, como pasa en Cataluña y en Andalucía.

Desde que yo entro hasta que me fui en enero de 2014 el gasto se redujo en 500 millones de euros. La primera vez en la historia. Esto viene a ser un 7% del volumen total del gasto sanitario. Conseguimos que en 2013, por primera vez en la historia, incluyendo la época previa a las transferencias, el gasto sanitario de la Comunidad de Madrid no estuviera por encima del presupuesto. Pero hay dos etapas muy diferenciadas, la primera: los años 2010, 2011 y 2012 donde se produjo una reducción paulatina de los ingresos, que nos

permite ir aplicando medidas y hablar con los médicos y los sindicatos. Se trataron de pequeños ajustes que permitieron que el gasto se redujera en 200 millones de euros. Todo esto sin que hubiera estallidos, pero con medidas que fueron duras, como volver a la jornada de 37 horas y media y no de 35 horas. Pero estas medidas procuraron muchos millones de ahorro. No hubo una reducción de personal, pero si había una vacante o jubilación se cubría con la necesidad, no era una plaza a cubrir. De aquí empezó a salir una mayor predisposición a buscar la eficiencia. En relación a la eficiencia, el haber puesto en marcha un sistema de compras centralizado es algo de lo que me siento orgulloso porque se está generando un ahorro considerable. No era de recibo que la misma gasa o el mismo catéter se pagara a 36, 20 o 15 precios diferentes en función del número de hospitales que lo compraban.

La segunda de las etapas se inicia con el gran dilema del verano de 2012 cuando nos comunican que para el año siguiente Madrid tiene 2.000 millones de euros menos de financiación autonómica y eso significa que Sanidad hubiera tenido 1.000 millones menos. El gran dilema fue '¿qué hacemos?! Como no podemos modificar las leyes y no se han hecho reformas más que la reforma de la prestación farmacéutica, que está muy bien, pues la alternativa es: o cierro dos hospitales o cierro dos plantas de cada hospital o vamos a pensar lo que podemos hacer en materia de reforma dentro de nuestras competencias'.

Entonces lo que hicimos es aplicar toda la batería de medidas que incluyen la externalización de hospitales y también una serie de cosas que llamaron menos la atención pero que también fueron importantes. Es lo poco que podíamos hacer en ausencia de verdaderas reformas. Yo a las sucesivas ministras con las que tuve tratar, de otro o de mi propio partido, lo que les he pedido no era dinero, lo que les he pedido es la reforma de las leyes para ser más eficientes. Pero al final, ¿qué sucede? Pues que con la actual distribución de competencias es difícil hacer una reforma.

- **¿Se trazó un plan socio-sanitario como instrumento de planificación de la acción de gobierno? En relación a la provisión y gestión del servicio, ¿cuáles fueron las líneas de programación?**

El plan socio-sanitario se debería llevar a cabo, pero en España no lo ha hecho nadie y considero que sea bastante difícil que se pueda hacer. Ni siquiera el País Vasco que

presume de haber llevado a cabo iniciativas socio-sanitarias, como por ejemplo la puesta en marcha de su teléfono de 24 horas. En la Comunidad de Madrid pusimos en marcha la estrategia de crónicos, que se presentó cuando yo ya me fui y ahora se está empezando a implantar. ¿Qué ocurre en una integración de verdad socio-sanitaria? Lo que sucede es que un paciente mayor está en su casa y está continuamente demandando servicios sanitarios, aunque en realidad la gran parte de ellos serían servicios sociales. Puede darse el caso de que esté 20 días en un hospital de agudos (que cuesta unos 700 u 800 euros diarios), cuando en realidad lo que necesita es 5 días de hospital de agudos y los demás una estancia en una buena residencia, con una buena enfermería y buenos médicos rehabilitadores para recuperar lo que le ha quedado por ejemplo de un ictus, de una fractura de cadera, etc. Pues ¿qué sucede? Que hay una barrera enorme que lo dificulta y es la diferencia de régimen de acceso. ¿Por qué? Porque la sanidad es gratuita en el punto de disposición mientras que en los servicios sociales y en dependencia hay copago. Es decir, difícilmente va a poder convencer nadie a una señora o a sus hijos de que su madre, en lugar de estar en un hospital, donde debería estar es en una residencia en la que le van a atender muy bien y, que incluso, se va a rehabilitar probablemente mejor. La razón esencial es que el hospital es gratis mientras que en la residencia tiene que aportar un 70% de su pensión. Mientras que subsista esa diferencia de régimen va a ser muy, repito, muy difícil. Yo tengo muchas dudas de que se pueda hacer.

- **¿Cómo se desarrolló la política sanitaria a través del sistema gubernamental?**

En el caso de la CAM con un enorme apoyo de la Presidenta Aguirre y posteriormente con el Presidente González y con una muy buena relación con Hacienda, cosa que no es propia de la historia de la Sanidad. Es decir, normalmente los Consejeros de Sanidad y los Ministros de Sanidad tenían una relación pésima con el Ministro de Hacienda. Antes el Ministro de la Economía y, después del traspaso de las competencias, el Consejero de Hacienda se temía lo peor de su compañero de Sanidad. Sin embargo, durante el periodo en que fui Consejero de Sanidad preferí tener informado al Consejero de Hacienda al 100%. ¿Por qué? Si no había dinero, yo prefería que Hacienda lo supiera desde el principio para que fueran haciéndose a la idea de que dentro de 6 meses u 8 meses supiera que iba a pasar esto o que nos íbamos a encontrar con una determinada circunstancia. Quería que supieran que estábamos avanzando en esto y en esto otro todavía no y tenerles al corriente, porque, después de todo, el Consejero de Hacienda es el que tenía que pagar.

La Reforma.

- **¿Cuáles fueron los objetivos de la reforma que se quiso llevar a cabo durante el periodo en el que Usted fue Consejero: la consolidación de la introducción de libertad de elección, sistema de competición entre diferentes proveedores públicos y privados?**

En relación a la introducción de la libertad de elección ya he respondido antes. En relación a un sistema de competición. En un sistema como el nuestro veo bastante difícil introducir sistemas de compra diferenciada de la provisión, de garantía diferencial. Veo muy difícil introducir un sistema de competición porque al final el presupuesto... Bueno, en realidad lo intentamos. Como consecuencia de la libre elección llegamos a desarrollar una herramienta para poder aplicar al presupuesto del año siguiente las consecuencias de la libre elección. Se empezaba a notar que algunos pacientes se movían de un hospital a otro y no es lo mismo uno que 10, porque eso significaba bastantes cientos de miles euros más. Entonces desarrollamos un sistema que depende fundamentalmente de hasta qué grado se puede informatizar todo y finalmente poder tener de verdad una buena comparativa analítica en los hospitales.

En relación a esto último, ahora hay una bastante buena contabilidad analítica, pero en los hospitales grandes es más bien estimativa y estos hospitales son los grandes centros de gasto. Todos hemos hecho un esfuerzo grande y de aplicación de nuevas tecnologías de la información y de comunicación. Gastando mucho menos de lo deberíamos haber gastado en estas tecnologías. Normalmente una gran corporación se gasta un 10% de su presupuesto y nosotros veníamos gastando un 0,5%. Pero el resultado es una capacidad de ahorro de verdad impresionante. En el momento en que consigues meter a un hospital que no lo tenía la receta electrónica te permite comparar las prescripciones de los médicos y corregir ahí donde haya desajustes. La capacidad de soporte informático te da mucha potencia para mejorar la gestión, para hacerla más eficiente.

Pero no me quiero desviar. En relación a un sistema de competición. Yo, justo porque soy liberal, no creo en la competencia cuando los actores en competencia no se estén jugando algo ellos mismos. Y eso entre hospitales públicos de gestión directa no es posible hasta el momento. Sólo sería posible si tú pudieras articular un sistema conforme al cuál como lo estás haciendo bien y estás consiguiendo eficiencia en esto y estás siendo puntero en

esto otro puedes obtener más recursos, te llegan más recursos porque te llegan más pacientes; pero tú en cambio, hospital b, te has quedado un poquito más retrasado, no has sido demasiado eficiente, estas rezagado en la competición y tienes que tener un presupuesto menor, pero esa plantilla la tienes ahí inamovible.

En un sistema en el cual no existe libertad de establecimiento no puede haber competencia real. La competencia real existe en el mundo de las zapaterías pero esto no ocurre en el ámbito de los hospitales públicos, pero sí que es cierto que puede haber sistemas de retribución que coloquen los incentivos de peor o mejor manera.

Yo creo que en la gestión directa, el sistema de retribución de los profesionales y al final del presupuesto es un plan mal concebido como fruto de la rigidez de la plantilla, que coloca los incentivos en la dirección equivocada. Al final de lo que se trata es que yo estoy aquí para defender a los 4 eventuales que tengo. No, tú estás aquí para curar a la gente, utilizando lo mejor posible los recursos que te dan los ciudadanos.

Yo creo que el sistema de retribución de los hospitales de gestión externalizada mediante una cápita, pago por capitación, en un régimen de libre elección es el que mejor alinea los intereses egoístas de cada uno en la dirección que coincidan con el interés público. La forma tradicional de retribución de los hospitales privados-concertados con la pública fue siempre el pago por acto médico. Llega un paciente al que se le hace un escáner y le pago el escáner. Y al médico le pago la consulta. ¿Pero cuáles son los efectos no deseados pero que la acción humana produce? ¿Qué comportamiento producía eso? Una inflación de pruebas, de consultas y de cirugías. Se pasó al sistema de pago por GRD – en definitiva por proceso. Aquí calculamos que el infarto de miocardio cuesta tanto. Bueno, el sistema de cápita que se inventó Antonio Burgueño, por su propia naturaleza, evita todo eso y hace que para el gestor del hospital su principal interés sea atender muy bien a sus pacientes. Tú le dices 'aquí hay un área geográfica y aquí hay hospital'. Entonces digo que a quien quiera gestionar el Hospital Infanta Leonor le voy a pagar 600 euros por habitante y por año (le pase lo que le pase). Por cada uno de los vallecianos 600 euros anuales en atención especializada, pero valleciano que por la razón que sea no vaya al Hospital Infanta Leonor y se vaya a otro hospital, a la empresa gestora del Infanta Leonor le voy a descontar no los 600 euros sino el tratamiento entero.

El primer interesado en que los vecinos de la zona estén encantados con el hospital de referencia es el propio hospital porque si no va a tener un problema con sus cuentas. Y al mismo tiempo, tampoco está particularmente interesado en hacer pruebas porque sí o hacer cirugías porque sí a la gente, porque todo esto genera gasto. Entonces, qué hacemos, buscar el punto más aproximado a maximizar la asistencia. Es decir, que el paciente esté muy bien atendido, sin emplear en él recursos que no le aporten nada más para su salud.

- **¿Cómo definiría el papel de la Consejería en relación al proceso de reforma?**
¿Qué posición mantuvo en relación a otros actores?

Lo he esbozado antes, pero considero que esta pregunta necesita una introducción. ¿Qué es lo que pasa en nuestro país? Hay una parte en la que, en general, se suelen fijar mucho menos los análisis y que además yo no creo que funcione bien y es que tenemos un Estado descentralizado en el cual el Ministerio de Sanidad conserva unas potestades muy importantes y a mí me parece bien que sea así, pero no las financia y esto incide bastante en la aplicación de una reforma.

Es el Ministerio de Sanidad vía Consejo de Ministros, proyectos de Ley, Cortes Generales, Ley aprobada en Cortes quien decide qué es lo que las Comunidades Autónomas van a tener que hacer (cartera de servicios), a quién irán dirigidas sus acciones (¿a todo el mundo?). La Ley te dice a qué precio, bajo qué modalidades de prestación, te dicen cómo tienen que estar organizados los hospitales, porque hay unas normas básicas sobre cómo se organizan los hospitales y cómo se organiza la atención primaria y así podemos seguir. Y todo eso, yo Estado digo a quién hay que atender, qué dar y a qué precio. Las Comunidades Autónomas tienen que hacerlo con los recursos que te llegan del sistema de financiación y entonces ¿qué es lo que ocurre? Las Comunidades Autónomas la única posibilidad que tienen es decidir si eso lo quieren hacer bien o lo quieren hacer mal: si eso lo haces con 36 hospitales o con 12, o con 15.000 médicos como hay ahora mismo en Madrid, o con 7.000 médicos. Es decir, si lo haces con mayor o menor calidad. Pero al final quien toma las decisiones no paga y quien paga no toma las decisiones y eso no es bueno.

Insisto, este sistema no es bueno porque al final el Ministro de Sanidad de turno (me refiero a los últimos 15 ó 30 años desde el trasvase de competencias) no tiene ningún incentivo para hacer una reforma verdaderamente transformadora que de verdad posibilite

la absolutamente comprometida sostenibilidad del sistema actual, ya que sabe que se va tener que pagar un coste político para algo que, en realidad, él no tiene que soportar las consecuencias. Sin embargo, el que está en una Comunidad Autónoma y ve que el sistema de financiación para el año que viene decae porque la gente deja de trabajar y las empresas cierran y un año después sus impuestos dejan de llegar... y dos años después empieza a haber una crisis fiscal, empiezan a bajar los ingresos de las administraciones... ¿Qué ocurre? Que en ese momento, cómo tú no puedes decidir a quién atiendes, porque te lo dicen, ni qué les das, ni a qué precio, ni de qué manera lo organizas porque está condicionado de buena manera por la Ley General de Sanidad o por la Ley de nuevas formas de gestión o etc., pues te quedan dos alternativas: o empezar a hacerlo mal, cerrando puertas, o intentar ver dónde se puede corregir dentro de los límites que te vienen marcados.

El resultado es que el Consejero de Sanidad tiene una posición limitada, por arriba y por abajo, por arriba por la legislación nacional. No es que mí me gustara que cada Comunidad Autónoma tuviera un sistema sanitario con sus propias reglas completamente diferentes. No, no, yo creo en las reglas nacionales, pero lo que digo es que no puede ser un sistema en el que decide el que no paga y en el que quien paga no decide.

En relación a los otros actores también estás limitado porque la figura del médico es el que es la que ejerce el liderazgo en el sistema. Si no desean que una reforma se implemente, lo consiguen. Tenemos un sistema donde los médicos tienen la certeza de que hagan lo que haga y cómo lo hagan, van a seguir ahí lo que les queda de vida activa y van a seguir percibiendo el mismo sueldo independientemente de cómo lo hagan. En cualquier caso y como he adelantado antes, entendí desde el principio que la cercanía con los médicos era vital para mantener a flote el sistema y poder cumplir los objetivos que habíamos marcado.

- **¿Cuál fue la voluntad del Gobierno Regional en relación a los usuarios del sistema (pacientes) y a los profesionales que trabajan en él (médicos, enfermeras, profesiones sanitarias)? ¿Mayor libertad para pacientes? ¿Mayor responsabilidad para profesiones sanitarias? ¿organizarse profesionalmente?**

Esta pregunta ya está respondida anteriormente. Se quiso dar una mayor libertad a los pacientes facilitándoles poder elegir el médico y el hospital donde querían ser tratados. La puesta en marcha de la elección, como comentaba también antes, implicó que los doctores se sintieran apreciados moralmente por su trabajo. El hecho de saberse elegidos por los pacientes y saber que te prefieren por tu buen hacer y porque te consideran el mejor es el reconocimiento que todo médico quiere tener.

- **¿Cree Usted que es posible una reforma de las relaciones laborales en el sector público sanitario acorde con las necesidades de salud y de evolución del sistema?**

Veo bastante difícil que se pueda ejecutar una reforma, tal y cómo se trabaja en España, para el servicio público sanitario. Mauricio Rojas en su libro "Reinventar el Estado del Bienestar: la experiencia de Suecia" habla del proceso de reforma en Suecia, que tuvo una premisa crucial: la inexistencia de una amplia capa de empleados públicos con privilegios especiales, en particular la inamovilidad en sus cargos. En Suecia los sindicatos habían sido tan poderosos en los 80 y 70 que nunca habían permitido que los funcionarios de cuello blanco tuvieran una vida mejor que los de cuello azul de los astilleros o de la industria pesada. Resultado: los funcionarios de Suecia están protegidos como el resto de los trabajadores. Pero exactamente igual. Se les puede despedir, se les puede subir el sueldo, se les puede bajar el sueldo. Cuando llega un gobierno y decide cambiar la manera de tratar a los servicios públicos y reúne a los señores que trabajan en una escuela infantil o un centro de salud de Estocolmo y les dice: 'oigan, ustedes en vez de ser empleados ¿quieren agruparse y formar una empresa o una cooperativa? Les aportamos esta cantidad de dinero. Ustedes se organizan, incluidos los sueldos que se ponen y en qué se gastan el presupuesto'. Entonces muchos de ellos lo hacen porque creen que lo pueden hacer mejor y no hay ni una sola manifestación.

En España esto no puede pasar. Yo a lo único que me limito a sostener, aunque sé que va a ser completamente inútil, que en los próximos 10 años se jubilarán el orden del 30% de los médicos y enfermeras. Se jubilarán la oleada de los que entraron en los años 70 cuando se abre el 12 de Octubre, cuando el Marañón se hace gigantesco, cuando se abre el Ramón y Cajal... en definitiva, cuando crecen mucho los grandes hospitales. Bueno, pues yo no digo nada de los funcionarios que ya están con plaza en propiedad, probablemente creo

que jurídicamente sería difícil conseguir cambiar el estatus. Yo lo que digo es: cambiemos las leyes para los que entran a partir de ahora (médicos, enfermeras, auxiliares) tengan el mismo estatus que los del NHS. Ninguno de los médicos del NHS es vitalicio. La mayor parte de ellos trabajan toda su vida en el hospital de Saint Martin, pero todos saben que si empiezan a atender mal a sus pacientes o empiezan a tener malos resultados en salud o empiezan a tener un gasto disparatadamente dispar con sus compañeros... en primer lugar, les avisan y tras el tercer aviso les dicen que vayan ya que pues primero le avisan. El médico y el enfermero deben tener una responsabilidad y que se estén jugando algo. Esa es la clave.

CUARTO BLOQUE DE PREGUNTAS: Los actores en el sistema sanitario: instituciones públicas y sujetos privados.

Cada política pública, en sus contenidos y en sus procesos, es el fruto de la interacción de un número determinados de actores. Los comportamientos de éstos, convergentes o conflictivos, tienen una influencia en la consecución de los objetivos que el actor principal (Gobierno de la Comunidad) propone como dirección a seguir.

- **En la dimensión de los intereses implicados, ¿cómo fue el comportamiento de cada uno de los actores en base a su capacidad de decisión?**

Quisiera enlazar la siguiente respuesta a cosas que ya te he comentado anteriormente y, sobre todo, con el tercer rasgo de la situación del sistema sanitario madrileño a mi llegada. ¿Qué es lo que pasa en nuestro sistema? La cuestión es que hay actores que no se juegan nada en las decisiones. Disparar siempre con pólvora de Rey, pensado además que la pólvora del Rey es inagotable, porque hasta esta crisis nunca se vio que la pólvora del Rey faltara. Se habían vivido las crisis de los años 70 y 80 que consistían en que durante 2 o 3 años no podían comprar una tecnología nueva. Sin embargo, la presente crisis es la primera crisis en la que nos hemos vistos obligados a gestionar una reducción, lo cual les ha llevado a revisar lo que se estaba haciendo.

Recuerdo perfectamente que para el año 2013 pedimos a cada servicio un objetivo de reducción de sus gastos. No de contención, sino de reducción de sus gastos, jefes de servicios que me explicaban: 'bueno lo llevamos viendo 3 semanas con el gerente y lo vamos a conseguir'. Y empezamos a descubrir que si por ejemplo en lugar de utilizar

discriminadamente los catéter de dos luces, se utilizasen sólo en aquellos casos que realmente se necesitaran se reducían los gastos, su correcta utilización generaba un ahorro de 1 millón de euros. ¿Por qué no se aplicaba antes este protocolo?

En sanidad, cada uno de los médicos y, en alguna medida también cada uno de los enfermeros, adopta decisiones que conllevan una diferencia de gasto gigantesca. Puede decidir si este paciente va a recibir un tratamiento de un coste de 20 euros al mes o de 6.000 euros al mes y esto no lo decide el Consejero, no lo decide el Director general de hospitales, no lo decide el gerente del hospital, ni el director médico del hospital, lo decide el doctor o la doctora.

Me comentabas antes que la responsabilidad de un Consejero parece estar truncada. Está truncada por arriba y por abajo, pero desde el Consejero hasta el nivel de gerente de hospital. En sanidad pasan tres cosas: la primera es que las decisiones de gasto no están concentradas en unos pocos órganos de decisión de gasto, sino concentradas en 15.000 decisores de gasto. La segunda es que el que decide el gasto puede y debe escoger literalmente lo que él considere sin que haya ningún órgano que tenga potestad salvo sus pares para revisárselo y, tercero, es el único ámbito de la administración en el que se puede superar el gasto y basta. Estos son los tres rasgos que definen por qué es insostenible nuestro sistema.

En cualquier ámbito de la administración pública la toma de decisiones sobre el gasto la adoptan muy poquitos órganos. En el Ministerio de Administraciones Públicas a lo mejor hay 7 u 8 órganos de decisión de gasto. La sanidad es el único ámbito de la administración pública en España cuyo gasto puede superar el presupuesto.

Por ejemplo, en el año 2011 entró en el mercado un nuevo producto anticoagulante oral, que no necesita control mensual o quincenal. La diferencia principal con el clásico anticoagulante "sintrom", que usan 70.000 personas que más o menos en Madrid tienen arritmia, es que el sintrom cuesta 3 euros al mes al erario público mientras que el nuevo asciende a 60€. Es decir, 20 veces más, multiplicado eso por 70.000 personas significaba que si los médicos decidían de pasar a todos los pacientes al nuevo fármaco el presupuesto se disparaban en 60 millones de euros. ¿Qué hicimos? Apelar a la propia supervivencia del sistema. Reunimos a todos jefes de cardiología y les dijimos por favor se sentaran e hicieran un protocolo de a quién se le debe administrar el nuevo fármaco porque si se lo

daban a todos no iba a haber dinero para pagar sus nóminas. Finalmente hicieron el protocolo y 2.500 personas fueron las que recibieron el tratamiento nuevo porque el sintrom no había funcionado en sus respectivos casos.

Por tanto, primero a diferencia de todas las otras administraciones, la decisión del gasto está absolutamente dispersa; segundo, sin que exista ni pueda existir ni probablemente deba existir, ninguna potestad de control en la decisión. Por ejemplo, esta señora se ha caído y se ha roto la cadera, hay que ponerle una prótesis, el traumatólogo decide ponerle una prótesis de tales y tales características que tiene tal coste que permite una vida útil de 40 años para hacer una vida muy activa o decide que, para esa señora de 90 años, le pone una prótesis muy buena con 15 años de vida útil para una vida muy sedentaria, que es la que hace una señora de 90 años. Eso es lo que decide el médico el solo y sólo sus pares, sus iguales, pueden venir a llamarle la atención. Solamente si su jefe de servicio viene a decirle '¿qué estás haciendo?' O sólo si sus compañeros de la sociedad científica le dicen algo, lo tendrá en cuenta. Porque si se lo dice el gerente del hospital o alguien de la Consejería, entonces tendríamos titulares del tipo: 'injerencia en la libertad de prescripción, recortes y deterioro de la calidad asistencial'

CUESTIONARIO DE TESIS DE DOCTORADO**Entrevista al Doctor Lucchina****Ex-Director General de Sanidad de la Región de Lombardía**

Recibida el 08 /01/2015

Periodo de Estudio: 1995 - 2012

Objeto de estudio: Decisión y acción de gobierno de la Región de Lombardía con respecto a las políticas y reformas sanitarias. Desarrollo de la política pública a través del sistema de gobierno. Instituciones públicas y sujetos privados como actores en el proceso de reforma. Otros sujetos y actores involucrados y su contribución al sistema.

PRIMER GRUPO DE PREGUNTAS: Periodo previo a la aprobación de la ley Regional 31/1997.

- **¿Cómo se podría definir la situación general del sistema sanitario lombardo a la llegada del Presidente Formigoni a la presidencia de la Región de Lombardía? ¿Se había iniciado algún proceso de reforma?**

No, no se había iniciado ningún proceso de reforma; el sistema sanitario lombardo estaba gobernado exactamente como el existente en las otras regiones y, por tanto, esencialmente con una emanación ejecutiva de las disposiciones nacionales. Por lo que existían varias unidades sanitarias locales, que comprendían distritos de unos 200.000/300.000 habitantes y que seguían todas las actividades sanitarias desde la prevención hasta los hospitales de zona o los hospitales territoriales a la medicina general, a la pediatría de libre elección del territorio. Estaban después las empresas hospitalarias, pocas para ser sinceros, declaradas de interés nacional, que tenían una gestión autónoma, como los hospitales de Varese, de Mantua, el Niguarda y el Fatebenefratelli. Los policlínicos, los Institutos Nacionales de Investigaciones Científicas eran todavía de gestión estatal y por tanto se beneficiaban de los recursos regionales exclusivamente para actividades relativas a los ingresos y a aquellas de especialidades ambulatorias. No era un bien hecho, vamos a decirlo así. Sufrió una gran cantidad de trámites burocráticos... La presencia de los llamados comités de gestión , en la fase política anterior a la aplicación del Decreto Legislativo 229/1992 planteaba problemas significativos.

- **¿Cuáles son los puntos fuertes y cuáles los débiles del sistema sanitario lombardo en el momento en el que Formigoni asumió la responsabilidad del Gobierno de la Región?**

Los puntos fuertes son los relativos a la tradición del sistema sanitario lombardo. Pongo un ejemplo, el Instituto Nacional para el tratamiento del Cáncer es, evidentemente, entonces como también lo es ahora, un importante punto de referencia en el panorama sanitario, no sólo en Lombardía sino también a nivel nacional a lo largo de toda su historia, que estaba vinculado a los mejores profesionales que se han sucedido en él, como Veronesi, Beccalossi, etc. Es decir, los médicos que han construido la historia del tratamiento oncológico en Italia. Lo mismo ocurre con el neurológico Besta y con el Niguarda. Por tanto existía una situación histórica en la que los hospitales, especialmente aquellos de excelencia bien posicionados en materia de tratamientos, se encontraban con una situación modelo-organizativa de sistema que no estaba a la altura del nivel de estos hospitales. No existía un sistema de gobierno. El resultado era que en las listas de espera, por ejemplo en cirugía cardíaca, se asistía a una emigración hacia países extranjeros porque las listas de espera en Lombardía eran extremadamente largas; y entonces como tal creaba desequilibrios, junto a otros diagnósticos, también con sus listas de espera y tensiones en los procesos de tratamiento extremadamente delicados y significativos.

- **¿Cuál ha sido la problemática más urgente a afrontar para ofrecer al ciudadano un servicio sanitario de calidad?**

El punto de partida fueron las listas de espera. Era un momento, entre otras cosas, de fuerte polémica en el que el sistema lombardo no era capaz de responder a las exigencias que, entre otros factores, el progreso de la medicina y la investigación requerían, ya que se iban perfeccionando hacia un nivel de diagnóstico cada vez más avanzado. Estos son los años donde las resonancias magnéticas y los tac perfeccionados comienzan realmente a entrar fuerte en el mercado, permitiendo la actividad de diagnóstico por imagen, desconocida prácticamente hasta el momento de ese modo. Por tanto, los ciudadanos y los médicos se encontraron delante de una necesidad distinta de afrontar las patologías. Se comienza a evaluar la importancia de las enfermedades crónicas. Se entiende que una estructura o modelo organizativo no puede hacerlo todo de forma positiva. En este sentido, un modelo organizativo no puede gestionar del mismo modo un hospital, con

respecto a los médicos de medicina general, con respecto a los distritos territoriales, con respecto a la prevención. Existía una necesidad de entender cómo plantear el sistema de manera diferente.

SEGUNDO GRUPO DE PREGUNTAS: La Ley Regional 31/1997.

La Ley Regional 31/1997 sobre las "Normas para el reorganización del servicio sanitario regional y su integración con la actividad de los servicios sociales" es el punto de partida del sistema sanitario lombardo.

- **Con respecto a las reformas nacionales de los Decretos 502/1992 y 229/1999, ¿cuáles son las acciones de gobierno más relevantes en el caso de la Región de Lombardía?**

Con la Ley 31, la Región de Lombardía anticipa sustancialmente la reforma constitucional de octubre de 2001, el así llamado Federalismo. Debido a que la Región de Lombardía cree que tiene potestad legislativa, además de la capacidad técnico-clínica necesaria para poder imaginar y activar un modelo sanitario propio, que respecto a la normativa del gobierno central no cambiaba mucho, quiero decir, en la estructura local. En el sentido que también se prevén en la Región de Lombardía... se llaman USL (Unidades Sanitarias Locales), se llaman ASL (Empresas Sanitarias Locales) o Empresas Hospitalarias, exactamente como en las otras regiones. Cambia el concepto. El concepto que plantea una separación física de los poderes así como de competencias entre la figura jurídica territorial, que sigue a los aspectos de programación territoriales y las actividades sanitarias del territorio, llamada ASL (Empresa Sanitaria Local) y la persona jurídica designada para la investigación sobre el cuidado ambulatorio, por tanto, las prescripciones ambulatorias, que es la Empresa Hospitalaria. Este es un modelo que no tiene ejemplo, que no tiene otro igual en ninguna otra región de Italia. La singularidad del modelo de la Región de Lombardía, es decir, el reivindicar el principio de libertad de elección de tratamiento de las propias patologías está en la separación entre los entes proveedores. Es decir, las Empresas Hospitalarias públicas y privadas acreditadas y así como los entes programadores y de asistencia territorial, que son las ASL (Empresas Sanitarias Locales).

- **¿Cuál ha sido el modelo en el que se ha inspirado la Ley 31/1997? ¿Cuáles han sido las influencias intelectuales (Ejemplo: Modelo inspirado en el *New Public Management/Subsidiariedad*)? ¿Qué principios? ¿Qué elementos relevantes han sido introducidos por el gobierno con esta ley? Y ¿cómo se han llevado a cabo el sistema?**

El modelo en el que se inspira la Ley 31 es el de la subsidiariedad. Conceptualmente la Ley n.31 introduce 3 conceptos fundamentales: la libertad de elección del tratamiento del ciudadano. En Lombardía, un ciudadano que vive en Milán puede recibir tratamiento en Sondrio, en Mantua o en Cremona y viceversa sin ningún problema; únicamente es necesario el volante de ingreso o la prescripción para la visita del especialista. Segundo, la división entre la estructura (ASL) que programa y gobierna el territorio y la estructura (AO) que programa y gobierna la enfermedad. Tercer aspecto, como aspecto único y sui generis en Italia, la igualdad de derechos y deberes entre los organismos públicos y los privados acreditados. ¿Por qué? Porque aquí sin este principio o el concepto de subsidiaridad (más sociedad, menos estado), no puede ser la institución que regula en sistema, en lo específico la Región o Estado o un sujeto externo la que regula la oferta sanitaria. La oferta sanitaria sólo puede ser regulada por la demanda sanitaria. Por tanto, yo no pongo límite de entrada de estructuras públicas y privadas en el sistema sanitario, porque sea como sea, será el ciudadano, es decir la demanda, quién valorará la calidad del servicio prestado y decidirá a qué entidades (oferta) acudir, descartando las otras organizaciones.

Por tanto, es un principio fascinante pero que a la base de la Ley n.31, y esto, justifica el hecho, o mejor, hace comprender el hecho de que en la Ley n.31 no se hayan puestos vínculos a la demanda de nuevas estructuras que querían entrar en el sistema. Debían únicamente acreditarse. Esto es otro aspecto, porque uno de los elementos más relevantes, donde la Región de Lombardía ha llegado casi 10 años antes de la demás regiones, ha sido la obligatoriedad de la acreditación.

Es decir, el sistema tiene en consideración nuevos puntos de provisión del servicio, los identifica, y si respetan los parámetros de naturaleza organizativa, de naturaleza inmobiliaria, es decir, estructural, previstos en las normativas regionales; los acredita y llegados a este punto, este proveedor está en condiciones de prestar el servicio sanitario regional, de lo contrario, nada.

Este proceso de acreditación comienza entre 1998 y 1999 y se completa en los primeros años de 2000. La Región de Lombardía se ha anticipado 10 años si consideramos que regiones como Emilia Romana o Véneto han completado su fase de acreditación alrededor de 2007-2008. Por tanto ha sido una novedad, como es una novedad el hecho de que acreditando también las especialidades clínicas hayamos conseguido, en el plazo de un año y medio, cubrir todas las necesidades de demanda; no hay más emigración sanitaria hacia otros países y tampoco hacia otras regiones, las listas de espera se han reducido significativamente.

Ha habido una *customer satisfaction* muy elevada por parte de los ciudadanos lombardos y no sólo lombardos, ya que, llegados a este punto, el sistema lombardo tal y como se ha organizado, tal y como ha conseguido alcanzar la eficiencia en las propias prestaciones, ha conseguido atraer a más ciudadanos de otras regiones. Actualmente la Región de Lombardía es la que tiene una mayor tasa de movilidad.

- **¿Cómo definiría el sistema sanitario lombardo? (público, mixto, privado).
¿Qué características posee respecto a las otras regiones italianas?**

Es un sistema mixto público-privado. La característica que distingue a Lombardía de las otras regiones italianas es que el privado no es complementario, como sí lo es en las otras regiones respecto al sector público; sino que público y privado se igualan al mismo nivel, ya sea en los deberes como en las obligaciones. En la práctica en los deberes sí hay paridad, pero en los derechos no demasiada, ya que lo público tiene sus beneficios, por ejemplo la cobertura de pérdidas que superan su propio presupuesto, y esto las organizaciones privadas no lo tienen.

- **¿Qué desafíos ha tenido que afrontar la Región de Lombardía para garantizar la libertad de elección de sus ciudadanos?**

La Región de Lombardía desde siempre, al menos desde 2003, ha mantenido el equilibrio financiero del sistema, y esto significa establecer prioridades. Las prioridades han ido encaminadas a satisfacer la demanda sanitaria de los ciudadanos, especialmente en términos de prestaciones especializadas y de diagnóstico y de las enfermedades crónicas. Lo importante es que la Región de Lombardía ha hecho esfuerzos también en términos

financieros para priorizar la investigación. Ésta es una decisión que no tiene parangón con respecto a las otras regiones italianas, que no prestan tanta atención a la investigación.

- **¿Qué funciones abarcan las ASL (Empresas Sanitarias Locales) en Lombardía? ¿Cómo se separan las funciones de compra, provisión y control de los servicios sanitarios?**

Las ASL tienen la potestad, la capacidad y, por tanto, la obligación de programar, es más, de monitorizar las necesidades locales de la parte del territorio de su competencia, que actualmente corresponde a las provincias, excepto el área metropolitana de Milán. De programar por tanto lo que sería la evolución de las necesidades y de suscribir contratos para la provisión de las prestaciones con las empresas hospitalarias públicas y con los sujetos privados acreditados, ya sea aquellos que se dedican a la hospitalización como los que proveen prestaciones de medicina especializada.

Las ASL, justo por lo que representan, subscripción de los contratos, son la contraparte en representación de la Región de los contratos que estipulan las prestaciones de hospitalización y tratamientos. Éstas tienen la potestad de control y por eso proveen a ejercitar controles de adecuación y de correcta registración de las altas hospitalarias a través de todas las estructuras, notificando los importes y en algunos casos importantes estableciendo sanciones importantes desde el punto de vista económico.

- **¿Cuáles han sido los aspectos más importantes de la normativa aprobada en ese periodo y cómo ha modificado la configuración del sistema sanitario lombardo?**

Los aspectos más importantes los he explicado ya en las preguntas anteriores por lo que no voy a repetirme.

La configuración del sistema sanitario lombardo se ha modificado, porque uno de los aspectos de impacto del concepto de subsidiariedad que ya he explicado, es decir, "no pongo vínculos a la oferta" porque quien gobierna el sistema es la demanda, ha llevado a crear, como decirlo..., una red sobretodo hospitalaria pero también de ambulatorios especializados en la Región de Lombardía un poco desperdigada, porque según la conveniencia, o mejor el núcleo de residencia interesado, nosotros en Lombardía tenemos

una fuerte concentración de casas de tratamientos para los agudos sean públicas o privadas acreditadas en Milán, en la periferia milanese, en Brescia, en Bérgamo. Sin embargo, pero presentamos objetivamente carencias en Mantua, en la periferia de la Región, Valtellina, el alto Varesotto, Cremona, Mantua y Lodigiano, porque allí no se da la concentración de población que existe en la zona milanese, etc... Por tanto algún, no digo un déficit, pero algún punto más de provisión hospitalaria y de tratamientos podría también ir bien, algo que hoy es absolutamente imposible por los vínculos que en estos años el Estado ha impuesto, pero es necesario valorar la hipótesis de una reordenación de la red hospitalaria.

TERCER GRUPO DE PREGUNTAS: La decisión. Definición de los objetivos. Definición de las políticas públicas. Las reformas y su proceso de implantación.

Cuando el gobierno quiere introducir una nueva política pública en la agenda política, provoca un proceso de decisión. La decisión implica la definición de un objetivo y un método, pero también involucra sujetos y actores permitiéndoles formar parte de dicho proceso.

Proceso de implantación de la decisión.

- **¿En base a qué criterios se decide el proceso de reforma sanitaria en la Región de Lombardía?**

Los criterios han sido ya mencionados en parte anteriormente. Existía exigencia de asistencia directa, había conciencia de trío, gestión mixta... bueno, porque los hechos demostraban que pase lo que pase dentro de una ASL donde confluyen las actividades de prevención, aquellas de veterinaria, el hospital, la medicina territorial con los médicos de medicina general y el control, se quisiera o no, siempre era el hospital el que actuaba en detrimento de los aspectos territoriales. De hecho, para dividir físicamente y por figuras jurídicas la competencia territorial por enfermedades respondía también a una necesidad de mayor equidad en la distribución de los recursos para variar las actividades sanitarias.

- **Respecto a la reforma, ¿se había pensado a otros tipos de elección que más adelante fueron descartados?**

Cierto, el diseño original de la reforma preveía muchas menos empresas. El diseño original de la reforma preveía un modelo de gestión donde prácticamente el número de las AO (Empresas Hospitalarias) hubieran sido como las ASL (Empresas Sanitarias Locales); es decir, para cada una de las provincias habría existido una ASL y una AO. Aunque se hubiera podido, en mi opinión, de una forma razonablemente positiva, gobernar todas las estructuras hospitalarias garantizando sinergias de ahorro y de costes de gestión notables. No se hizo porque en el proceso, que conlleva la aprobación de una ley, ya sea nacional o regional, se debe tener en cuenta la mediación, la necesidad de encontrar equilibrios territoriales, de prestar un poco de atención a veces a las mentalidades locales que tienen un sentido, quizás expresado no en un modo tan exasperado como se quiso hacer creer; el resultado es que actualmente existen AO que no podrían haber existido, pero la idea en el origen era muy pragmática: es decir, por cada provincia una ASL y una AO, nada más.

Objetivos y Definición de la política pública.

- **¿Qué objetivos y prioridades han sido definidos por parte de la Región en materia sanitaria? ¿Qué orientación se le quiso dar al sistema?**

Las prioridades son las que ya he dicho: la libertad de elección. Prácticamente oferta abierta, con posibilidad entre elegir entre público y privado indistintamente. Atención a la investigación y a las enfermedades crónicas, que son un gran problema.

- **Con respecto a la provisión y gestión del servicio, ¿cuáles han sido las líneas de programación? (Ejemplo: la valoración de todos los recursos públicos y privados).**

Si cierto, especialmente los recursos humanos porque en la sanidad, dejando de lado a las personal, aún no se ha inventado un ordenador que pueda curar a las personas. Está claro que la calidad y la formación del personal es fundamental, como también es fundamental el aspecto estructural. Es decir, la Región de Lombardía en los últimos 10 años ha invertido casi 3 millones de euros en la construcción de nuevos hospitales, la continua renovación de aparatos de diagnóstico, que también esto es extremadamente importante.

- **¿Ha concebido la Región de Lombardía un plano socio-sanitario como instrumento de planificación del servicio?**

Ciertamente se trata de un plan que tiene validez trienal pero que se actualiza cada año en función de los datos epidemiológicos.

La reforma: el modelo lombardo.

- **¿Cuál ha sido el papel de la Consejería de Sanidad en el proceso de reforma (función reguladora del sistema)? ¿Ha tenido una posición predominante con respecto al resto de actores?**

La Consejería de Sanidad está compuesta desde siempre por técnicos que buscan poner en práctica y controlar la adecuación de las líneas directrices de la componente política. Cuando la componente política dio las líneas directrices para disminuir las listas de espera tuvimos que mantener el equilibrio presupuestario, ahorrar y estar atentos a no derrochar recursos. Es evidente que la Consejería ha tenido a veces un rol de liderazgo con el fin de que estos objetivos fueran alcanzados. De igual manera en un sentido no claramente positivo, pero centrado en algunas obligaciones en desventaja de las ASL, porque después la definición de criterios de contratos hecha por la Consejería, ha dejado poco espacio a las ASL.

Sin embargo, esto respondía a una necesidad de poder garantizar el equilibrio de sistema y, desde que el mundo es mundo, cuando uno está en una situación de tensión de naturaleza financiera de la propia actividad, la primera decisión que se toma es aquella de centralizar el proceso de decisión con el fin de que no se escape nada.

- **¿Cómo definiría las relaciones con el gobierno central? ¿La Región de Lombardía ha podido gozar de su plena autonomía para organizar el modelo de sanidad?**

Bien, comencemos la historia. Cuando parte la Ley n.31, el Ministerio de Sanidad entonces dirigido por su Señoría Bindi se opone extremadamente al modelo lombardo. Tanto es así que plantea una cuestión de inconstitucionalidad en la Corte Constitucional para declarar un conflicto de atribución, que substancialmente quería decir que la Región de Lombardía se había atribuido las competencias del Estado para en la elaboración de la

Ley n.31. Es un momento duro, un momento de choque político bastante duro. Se supera porque con la Ley Constitucional n.3 de octubre de 2001 se modifica la Constitución, concretamente el artículo 117, que prevé que la competencia exclusiva del Estado en materia sanitaria es la relativa a la definición de la ley esencial de asistencia, mientras que todos los aspectos organizativos y de gestión son competencias regionales. Desde entonces, poco a poco, las relaciones se han relajado, se ha encontrado un modelo de convivencia bastante bueno, aunque el Ministerio nunca ha dejado de dar a entender que sus preferencias iban encaminadas hacia el modelo tradicional, el de Emilia Romagna, el de Toscana, etc... que consideraban el sector privado no digo en una posición modesta, sino en una posición, como decirlo..., de colaboración y no de igualdad.

- **¿Cuál fue la posición del Gobierno Regional sobre los usuarios (pacientes) y sobre los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras otras profesiones sanitarias)? ¿Mayor y real libertad para los pacientes? ¿Mayor responsabilidad para las profesiones sanitarias (por ejemplo para organizarse de forma autónoma)?**

Por supuesto, mayor libertad para los pacientes. No hay duda de que el paciente también... No había necesidad de cambiar toda la Lombardía, pero la posibilidad para los pacientes de poder hacer uso de prestaciones en centros de referencia también en los privados acreditados cualitativamente significativos ha sido siempre un privilegio que la Región de Lombardía ha querido ofrecer. Lo mismo en relación a los profesionales, aunque la carga derivada de los contratos nacionales de trabajo, disposiciones tomadas desde el gobierno central, no ha permitido hacer demasiado. Se han podido hacer algunas cosas implicándolos en los planes de organizaciones empresariales, no sólo mediante representación sindical, sino también abriendo un espacio para debate en numerosas conferencias... pero se podría haber hecho mucho más. El hecho de que tengamos un mercado de trabajo extremadamente rígido vinculado a la normativa nacional, no ha ayudado.

- **En un contexto de pluralidad de intereses, ¿cómo se afrontó la introducción de las innovaciones que construyeron el modelo lombardo?**

Tratando de dar ciertas reglas. Reglas ciertas que valieran para todos los actores del sistema. Reglas que han sido defendidas delante de la justicia administrativa de un modo muy significativo, pero que, sea como sea, se ha intentado desesperadamente mantenerlas.

CUARTO GRUPO DE PREGUNTAS: los actores en el sistema sanitario: instituciones públicas y sujetos privados.

Cada política pública, ya sea en su contenido como en sus procesos, es fruto de la interacción de un número determinado de actores. Los comportamientos de éstos, convergentes o conflictivos, influyen en la consecución de los objetivos que el actor principal (el Gobierno de la Región) propone como objetivo a perseguir.

- **¿Qué actores, públicos o privados, se consideraron decisivos para implicarlos en la creación del modelo lombardo y cómo se justifica la elección? ¿Por qué estos y no otros? Mediante qué canales se llevó la implicación en el sistema?**
- **¿Qué otros sujetos y actores (públicos y privados) fueron involucrados en la reforma y en la evolución del modelo? ¿En qué grado? (Técnicos de la administración, expertos, partidos políticos, sindicatos, organizaciones profesionales sanitarias, etc.)**

Respondo a ambas preguntas porque prácticamente son la misma cosa. Hagamos una premisa para dar sentido a la respuesta. El proyecto de Ley que más tarde origina la Ley n. 31, aprobada en julio de 1997, llega al Consejo en la primavera de 1995, por tanto este proyecto de ley, antes de derivar en la aprobación definitiva de la Ley, está en el Consejo durante dos años. Durante estos dos años se intentó obtener la opinión y se intentó escuchar a todos los interesados, ya fueran partidos políticos, organizaciones sindicales, las sociedades científicas especializadas de médicos y enfermeros, personal de laboratorio. Se hizo todo lo mejor posible... explicando cuales eran las directrices, tratando de tranquilizar a aquellos que, más o menos, con razón o no, estaban preocupados tratando de introducir desórdenes políticos de naturaleza ideológica, que han sido bastante 'pesadas'.

- **Con respecto a la puesta en marcha de los distintos intereses, ¿qué parte de la propuesta de reforma sanitaria fue aceptada o rechazada por parte de**

estos actores? ¿Ha habido en algún momento un rechazo del proceso de reforma por parte de algunos de los actores que han puesto en peligro la puesta en marcha del modelo lombardo?

Está claro que no todos los actores han estado de parte de la Región de Lombardía. Desde el punto de vista sindical, por ejemplo, las organizaciones sindicales, especialmente la CGIL nunca ha sido favorable a este tipo de reforma privilegiando de forma legítima el modelo de siempre; por poner un ejemplo, en Toscana y Emilia hubo mucha polémica sobre la apertura de los privados, se creía que se quería vender la sanidad a entes privados y esto no era cierto. El mismo discurso, por decirlo de algún modo, de polémica y por tanto de bloqueo de la propuesta, fue hecho por parte de los médicos de medicina general en cuanto en relación al proyecto original de ley que preveía también la acreditación de los estudiantes de medicina general; fue tal la polémica que finalmente el Consejo decidió no llevar a cabo la propuesta. Con ello quiero decir que una reforma de este tipo con un valor estratégico enorme necesitó sus tiempos, concretamente 2 años, para ser discutida y finalmente aprobada, donde se necesitó rebajar y limar distintas tensiones.

NOTA: Entrevista traducida de la original por la autora.

Entrevista original al Dott. Lucchina

Periodo di studio: 1995 - 2012

Oggetto di studio: Decisione e azione di governo della Regione Lombardia riguardo alle politiche e riforme sanitarie. Sviluppo della politica pubblica attraverso il sistema governativo. Istituzioni pubbliche e soggetti privati come attori nel processo di riforma. Altri soggetti e attori coinvolti e il loro contributo al sistema.

PRIMO GRUPPO DI DOMANDE: Periodo precedente all'approvazione della legge regionale 31/1997.

- **Come si potrebbe definire la situazione generale del sistema sanitario lombardo all'arrivo del Presidente Formigoni alla Presidenza della Regione Lombardia? C'era in corso qualche processo di riforma?**

No, non era in corso nessun processo di riforma, il sistema sanitario lombardo veniva governato esattamente come quello esistente in tutte le altre regioni e quindi sostanzialmente con una emanazione esecutiva delle disposizioni nazionali. Quindi c'erano le varie unità sanitarie locali che comprendevano bacini attorno ai 200.000/300.000 abitanti che seguivano tutte le attività sanitarie dalla prevenzione ai ospedali zonali o ospedali di presidio territoriali o come si chiamavano... alla medicina generale, alla pediatria di libera scelta del territorio. C'erano poi delle aziende ospedaliere, poche a essere sinceri, dichiarate d'interesse nazionale che avevano una gestione autonoma, prendi l'ospedale Varese, di Mantova, il Niguarda e il Fatebenefratelli. I policlinici, gli istituti a cura a carattere scientifico, erano ancora in gestione statale, e quindi come tale, usufruivano delle risorse regionali esclusivamente per le attività legate alle attività di ricovero e di specialista ambulatoriale. Non era un sistema ben messo, chiamiamolo così. Risentiva molto di adempimenti burocratici... La presenza dei cosiddetti comitati di gestione, nella fase politica prima dell'attuazione del decreto legislativo 229/1992 poneva dei problemi significativi.

- **Quali sono i punti forti e quali i deboli del sistema sanitario lombardo nel momento i cui Formigoni ha assunto la responsabilità del Governo della Regione?**

I punti forti attengono alla tradizione del sistema sanitario lombardo. Faccio un esempio, l'istituto nazionale per la cura dei tumori è evidentemente, allora come lo è adesso, un punto di riferimento importante nel panorama sanitario non solo lombardo ma anche nazionale per tutta la sua storia che era legata a fior di professionisti che si sono succeduti al suo interno, come esempio, Veronesi, Beccalossi, ecc. Quindi, medici che hanno fatto la storia della cura oncologica in Italia. Stesso discorso per il neurologico Besta. Stesso discorso per il Niguarda. Quindi c'era una situazione storica che vedeva gli ospedali, soprattutto gli ospedali di eccellenza ben posizionati in fatto di cura, una situazione modello organizzativa di sistema invece che non era alla altezza di questi ospedali. Non c'era particolare attenzione alla medicina territoriale. Non c'era un sistema di governo. Il risultato era che il sistema di liste d'attesa per esempio, in cardio-chirurgia si assisteva a una migrazione verso paesi esteri perché le liste d'attese in Lombardia erano estremamente lunghe e quindi come tale questo creava insieme ad altri diagnostiche anche loro con liste d'attesa dei squilibri, delle tensioni nei processi di cura estremamente delicati e significativi.

- **Quale è stata la problematica più urgente da affrontare per offrire al cittadino un servizio sanitario di qualità?**

La partenza sono le liste d'attese. Era un momento, tra l'altro, di forte polemica perché il sistema lombardo non riusciva a rispondere alle esigenze che tra l'altro il progresso clinico e la ricerca perfezionavano sempre più a livello di diagnostica avanzata, quelli sono gli anni dove le risonanze magnetiche e le tac perfezionate cominciano veramente a entrare in modo prepotente sul mercato permettendo delle attività diagnostiche per immagini prima sconosciute sostanzialmente. In questo, il cittadino e i medici, si trovavano davanti di una necessità diversa di affrontare le patologie. S'incomincia a valutare l'importanza della cronicità. Si capisce che una struttura o un modello organizzativo non può fare tutto al meglio. Nel senso, un modello organizzativo non può gestire allo stesso modo al meglio un ospedale, rispetto ai medici di medicina generale, rispetto ai distretti territoriali,

rispetto la prevenzione. C'era una necessità di capire come impostare in modo diverso questo sistema.

SECONDO GRUPPO DI DOMANDE: La legge regionale 31/1997.

La legge regionale 31/1997 sulle "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" è il punto di partenza del sistema sanitario lombardo.

- **Riguardo alle riforme nazionali dei decreti 502/1992 e 229/1999, quali sono state le azioni di governo più rilevanti nel caso della Regione Lombardia?**

Con la legge 31, la Regione Lombardia, sostanzialmente anticipa la riforma costituzionale del ottobre 2001, il cosiddetto Federalismo. Perché la Regione Lombardia ritiene di avere la potestà legislativa oltre che le capacità tecnico-cliniche necessarie per poter immaginare e attivare un modello sanitario proprio, che rispetto alle normative di governo non cambia molto, voglio dire, nella struttura locale. Nel senso che anche Regione Lombardia si prevedono... si chiamano USLs, si chiamano ASLs, o Aziende Ospedaliere, esattamente come nell'altre regioni. Cambia il concetto. Il concetto che prevede una separazione fisica oltre che di competenze fra la figura giuridica territoriale che segue gli aspetti di programmazione territoriale e le attività sanitarie del territorio, chiamata Azienda Sanitaria Locale e la persona giuridica che è deputata alla cura e delle indagine ambulatoriale, quindi delle prescrizioni ambulatoriali, che è l'Azienda Ospedaliera. Questo è un modello che non ha esempio, che non ha pari in nessun'altra regione dell'Italia. L'unicità del modello della Regione Lombardia, fermo restando, il rivendicare il principio di libertà di scelta della cura delle proprie patologie è nella separazione fra gli enti erogatori, quindi le Aziende Ospedaliere pubbliche e private accreditate, nonché gli enti programmatori e di assistenza territoriali che sono le Aziende Sanitarie Locali.

- **Qual è stato il modello cui si è ispirata la legge 31/1997? Quali sono state le influenze intellettuali? (Esempio.: Modello ispirato al *New Public Management*?/Sussidiarietà?). Quali i principi? Che elementi rilevanti sono stati introdotti nel governo del sistema con questa legge? E come hanno operato nel sistema?**

Il modello su cui s'ispira la legge 31 è quello della sussidiarietà. Concettualmente la legge 31 inserisce 3 concetti fondamento di tutta la legge: la libertà di scelta di cura del cittadino. In Lombardia, un cittadino che abita a Milano può andare a curarsi a Sondrio, a Mantova o a Cremona o viceversa, senza nessun problema, basta esattamente l'impegnativa di ricovero o la sua prescrizione per visita specialistica. Secondo, la divisione fra la struttura che programma e governa il territorio, e la struttura che programma e governa la fase acuta, azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera. Terzo, come aspetto unico nei suoi generis in Italia, la parità di diritti e doveri fra pubblico e privato accreditato. Perché? Perché qui senza questo principio o il concetto di sussidiarietà (più società, meno stato), non può essere l'istituzione regolatrice del sistema, nello specifico la Regione, o Stato, o comunque un soggetto esterno a regolare la domanda e l'offerta sanitaria. L'offerta sanitaria non può che essere regolata dalla domanda sanitaria. Per tanto, io non pongo limiti all'entrata di strutture pubbliche e private nel sistema sanitario, perché comunque vada sarà il cittadino, quindi sarà la domanda che verificato la qualità del servizio prestato deciderà su quali punti di offerta andare, scartando gli altri.

Quindi un principio anche affascinante ma che è alla base della legge 31, e questo, giustifica il fatto, o meglio, fa comprendere il fatto che in sede di attuazione della legge 31 non si sono posti vincoli alle domande di nuove strutture che volevano entrare nel sistema sanitario. Dovevano solo essere accreditate. Questo è un altro aspetto, perché uno degli altri elementi rilevanti dove la Lombardia ci è arrivata quasi 10 anni prima di altre regioni, è stato l'obbligatorietà dell'accREDITAMENTO.

Cioè, il sistema prende in considerazione nuovi punti di erogazioni, li identifica, quindi si sono rispettosi dei parametri di natura organizzativa, di natura immobiliare, cioè strutturale, previsti della normativa regionale, li accredita e a questo punto qua, questo erogatore è in condizioni per fare prestazione per il servizio sanitario regionale, altrimenti niente.

Questo processo di accREDITAMENTO parte fra il 1998/1999 e viene completato nei primi del 2000 e la Lombardia è in anticipo di 10 anni se considerate che le Regione come la Emilia o il Veneto hanno completato la loro fase di accREDITAMENTO intorno al 2007/2008. Quindi questa è una novità, com'è una novità, il fatto che accREDITANDO anche le specialità cliniche nell'arco di un anno e mezzo siamo riusciti a coprire tutte le necessità delle

domande, non ci sono state più come dire immigrazioni sanitarie verso altri paesi per non dire altre regioni, le lista d'attesa si sono ridotte significativamente.

C'è stato una *customer satisfaction* elevatissima da parti dei cittadini lombardi e non solo lombardi perché a questo punto qui il sistema lombardo così come si è organizzato, così come è riuscito a dare efficienza alle proprie prestazioni, ha cominciato ad attrarre sempre più cittadini delle altre regioni, oh Dio, per il quale oggi la Regione Lombardia tuttora è la Regione che la più alta mobilità.

- **Come definirebbe il sistema sanitario lombardo? (pubblico, misto, privato)
Che caratteristiche possiede rispetto alle altre regioni italiane?**

E' un sistema misto pubblico-privato. La caratteristica che la distingue dalle altre regioni italiane è che il privato non è complementare come è tutte le altre regione italiani al pubblico ma è messo sulla stessa parità fra pubblico e privato sia nei diritti ma anche nei doveri. Poi nella realtà il fatto di doveri sì, ma il fatto dei diritti non molto perché il pubblico ha dei suoi benefits per esempio coperture di perdite del proprio bilancio che il privato non ha. Però ci siamo abbastanza vicini.

- **Che sfide ha dovuto affrontare la Regione Lombardia per garantire la libertà di scelta dei cittadini?**

La Regione Lombardia ha da sempre, almeno dal 2003, fatti i conti con la necessità dell'equilibrio finanziario del sistema, questo vuol dire fare delle priorità. Le priorità sono andate a cercare di soddisfare la domanda sanitaria dei cittadini soprattutto in termini di prestazioni specialistiche e diagnostica e di cronicità. Quello che è importante è che Regione Lombardia ha fatto degli sforzi anche in termini finanziari importanti per privilegiare la ricerca. Anche questa è una decisione che non ha paragone con rispetto alla dimensione di Regione Lombardia con le altre regione in Italia, sono molto ma molto meno attente alla ricerca.

- **Che funzioni ricoprono le Aziende Sanitarie Locali in Lombardia? Come si separano le funzioni di acquisto, provvisione e controllo dei servizi sanitari?**

Le ASL hanno la potestà, la capacità e quindi l'obbligo di programmare, anzi, di monitorare i bisogni locali della parte dei territori de propria competenza che corrisponde alle provincie oggi, salvo il territorio metropolitano Milano. Di programmare per tanto quello che sarebbe l'evoluzione dei bisogni e di sottoscrivere contratti per l'erogazione delle prestazioni con le aziende ospedaliere pubbliche e con i privati accreditati, sia quelle di ricovero e cure che di prestazioni specialistiche. Le ASL, proprio per quello che sono, sottoscrizione dei contratti, quindi sono la controparte in rappresentanza della Regione dei contratti che disciplinano le prestazioni di ricovero e di cura, hanno la potestà di controllo e quindi provvedono a esercitare controlli di appropriatezza e di corretta registrazione delle schede di dimissioni ospedaliere tramite tutte le strutture, senza notificando gli importi e in alcuni casi espressamente previsti dalle leggi regionali dando anche delle sanzioni importanti dal punto di visto economico.

- **Quali sono stati gli aspetti più importanti della normativa approvata in quel periodo e come ha modificato la configurazione del sistema sanitario lombardo?**

Gli aspetti più importanti, l'ho già detti nelle domande precedenti, quindi non sto a ripetermi.

La configurazione del sistema sanitario lombardo è modificata, perché uno degli aspetti d'impatto del concetto di sussidiarietà che già avevo detto, cioè "non pongo vincoli all'offerta" perché chi governa il sistema è la domanda, ha portato a creare, come dire, una rete soprattutto ospedaliera ma anche di poliambulatori specialistici in Regione Lombardia un po' a macchia di leopardo, perché a seconda delle convenienze o meglio del bacino di residenza interessato, noi in Lombardia abbiamo una forte concentrazione di case di cura per acuti sia pubbliche che private accreditate in Milano, nel *interland* milanese, a Brescia, a Bergamo, però abbiamo oggettivamente delle carenze su Mantova, sulle parti di periferia della Regione, la Valtellina, l'alto Varesotto, Cremona, Mantova, il Lodigiano, perché lì comunque non c'è questa concentrazione di popolazione che c'è nella zona milanese, ecc... quindi qualche, non dico deficit, ma insomma qualche aspettativa in più di erogazione e di ricovero e cura potrebbe anche andare bene cosa che oggi assolutamente impossibile per i vincoli che mano a mano in questi anno lo Stato ha messo ma che andrebbe valutata nella ipotesi di un riordino della rete ospedaliera.

TERZO GRUPPO DI DOMANDE: La decisione. Definizioni degli obiettivi. Definizione delle politiche pubbliche. La riforma e la sua messa in atto.

Quando il governo vuole introdurre nell'agenda politica una nuova politica pubblica, innesca un processo di scelta. La decisione coinvolge la definizione di un obiettivo e di un metodo, ma coinvolge anche soggetti e attori permettendo loro di farne parte.

Messa in atto della decisione.

- **In conformità a quali criteri si decide il progetto di riforma sanitaria nella Regione Lombardia?**

I criteri sono quelli già in parte accennati. C'era esigenza di assistenza diretta, c'era la consapevolezza che, misto di gestione, vabbè, perché i fatti dimostravano che comunque vada all'interno di un AS locale dove hai le attività di prevenzione, quelle di veterinaria, l'ospedale, la medicina territoriale con i medici di medicina generali, e il controllo, volente o nolente, la attuava sempre l'ospedale a svantaggio degli aspetti territoriali. Infatti, di andare a dividere fisicamente e per figure giuridiche la competenza territoriale per acuzie rispondeva anche a una necessità di maggiore equità nella distribuzione delle risorse per le varie attività sanitarie.

- **Rispetto alla riforma, si era pensato ad altri tipi di scelte che più avanti sono state scartate?**

Certo, il disegno originale della riforma prevedeva molto meno aziende. Il disegno originale della riforma prevedeva un modello gestionale dove praticamente le Aziende Ospedaliere sarebbero state come le ASLs, cioè per ogni provincia ci sarebbe stato una ASL e una AO, che avrebbe potuto, secondo me, in un modo ragionevolmente positivo, governare tutti vari presidi ospedalieri garantendo delle sinergie e dei risparmi anche di costi gestione notevoli. Non si è fatto perché nel processo che porta l'approvazione di una legge, che sia nazionale che regionale, uno deve mettere in conto le mediazioni, deve mettere in conto la necessità di trovare degli equilibri territoriali, di fare un po' di attenzione a volte ad alcuni campanilismi che hanno un senso, magari non in un modo così esasperato come si è voluto far credere, il risultato è che ci sono oggi delle Aziende Ospedaliere soprattutto che potrebbe essere non nate, ma l'origine era molto pragmatica, per ogni provincia una ASL e una AO, basta.

Obiettivi e definizione della politica pubblica.

- **Quali obiettivi e priorità sono stati definiti dalla Regione in materia sanitaria? Che orientamento si è voluto dare al sistema?**

Le priorità sono quelle che ho già detto: libertà di scelta. Praticamente offerta aperta, con possibilità fra pubblico e privato in modo indistinto. Attenzione della ricerca e problema della cronicità che è un problema deflagrante.

- **Riguardo alla provvisione e gestione del servizio, quali sono state le linee di programmazione? (Esempio: la valorizzazione di tutte le risorse pubbliche e private).**

Sì certo, soprattutto quelle del personale, perché siccome la sanità, lasciando il personale, non è stato ancora inventato ancora un computer che cura le persone. È chiaro che la qualità e la formazione del personale è fondamentale, come è fondamentale l'aspetto strutturale, cioè la Regione Lombardia nei ultimi 10 anni ha invertito quasi 3 miliardi di euro nella costruzione di nuovi ospedali, il continuo aggiornamento delle apparecchiature diagnostiche, che anche questo è estremamente importante.

- **La Regione Lombardia ha concepito un piano socio-sanitario come strumento della pianificazione del servizio?**

Certamente, è un piano che ha valenza triennale e viene aggiornato annualmente anche alla luce dei dati epidemiologici.

La riforma: il modello lombardo.

- **Qual è stato il ruolo dell'Assessorato alla Sanità nel processo di riforma (funzione regolatrice del sistema)? Ha avuto una posizione predominante riguardo agli altri attori?**

L'Assessorato alla Sanità è composto da sempre da tecnici che cercano di mettere in pratica, di controllare il suo adempimento le linee di indirizzo della componente politica. Quando la componente politica ha dato le linee di indirizzo nel senso di diminuiamo la lista di attesa, dobbiamo mantenere l'equilibrio di bilancio, dobbiamo fare risparmi e stare

attenti a non sprecare risorse. È evidente che L'assessorato si è fatto in prima linea a volte per fare in modo che questi obiettivi furono raggiunti anche in senso non nettamente positivo ma centrato alcuni adempimenti sostanzialmente a svantaggio delle ASLs perché poi la definizione dei criteri di contratti fatta a livello assessorato ha lasciato ben poco spazio alle ASLs.

Però questo rispondeva ad una necessita di poter garantire l'equilibrio di sistema e da che il mondo è mondo, quando tu sei in una situazione di tensione di natura finanziaria della tua attività o delle tue attività la prima decisione che viene presa è quella di accentrare il processo decisionale affinché non ti scappi nulla.

- **Come definirebbe i rapporti col governo centrale? La Regione Lombardia ha potuto godere la sua piena autonomia per organizzare il modello di sanità?**

Beh, facciamo la storia. Quando parte la legge 31, il Ministero della Salute allora diretto dall'On. Bindi si oppone estremamente al modello lombardo. Tanto è vero che solleva una questione costituzionale davanti alla Corte Costituzionale per dichiarare un conflitto di attribuzione che sostanzialmente voleva dire che la Regione Lombardia si è erogata dei compiti dello Stato per fare questa legge 31. È un momento duro. Un momento di scontro anche politico abbastanza duro. Viene superato dal fatto che con la legge costituzionale numero 3 di ottobre 2001, viene modificata la Costituzione in particolar modo l'articolo 117, che prevede che la competenza esclusiva dello Stato in materia sanitaria è quella relativa alla definizione delle legge essenziale della assistenza, mentre tutti gli aspetti organizzativi e gestionali sono di competenza regionale. Da lì, piano a piano, poi i rapporti si sono sciolti, si è trovato poi un modello di convivenza abbastanza buono, anche se l'aspetto ministeriale non ha mai mancato di fare intendere che le sue preferenze andavano al modello sanitario tradizionale, quello emiliano, quello toscano, ecc... che vedeva il privato in posizione non dico dimessa, ma in posizione, come dire, di collaborazione, non di parità.

- **Qual è stata la posizione del Governo Regionale a proposito degli utenti (pazienti) e dei professionisti sanitari (medici, infermieri, altre professioni sanitarie)? Maggiore e reale libertà per i pazienti? Maggiori responsabilità per le professioni sanitarie ad esempio per organizzarsi autonomamente?)**

Certamente, maggior libertà per i pazienti. Non c'è dubbio che il paziente anche... Non c'era bisogno che girasse tutta la Lombardia, ma la possibilità per i pazienti di poter usufruire di prestazioni di centro di riferimento anche privati accreditati qualitativamente significativi è stata sempre comunque privilegiata da Regione Lombardia. Lo stesso discorso per i professionisti, anche se con i professionisti il gravame derivante dei contratti collettivi nazionale di lavoro, queste tutte disposizioni centralistiche, non ha permesso di fare molto. Ha fatto qualcosa, certamente, ha fatto qualcosa anche coinvolgendoli nei piani d'organizzazioni aziendali, non solo tramite le rappresentanze sindacali, aprendosi a confronto in numerosissimi convegni ma si potrebbe aver fatto molto di più. Il fatto che abbiamo un mercato del lavoro estremamente rigido vincolato alla normativa nazionale non ha certamente aiutato.

- **In un contesto di pluralità di interessi, come si è affrontata l'introduzione delle innovazioni che costituiscono il modello lombardo?**

Cercando di dare regole certe. Regole certe che valessero per tutti gli attori del sistema. Regole che sono state difese anche davanti alla giustizia amministrativa in modo significativo ma che comunque vada si è cercato disperatamente di tener duro e di mantenere la certezza.

QUARTO GRUPPO DI DOMANDE: Gli attori nel sistema sanitario: istituzioni pubbliche e soggetti privati.

Ogni politica pubblica, sia nei suoi contenuti che nei suoi processi, è frutto della interazione di un numero determinato di attori. I comportamenti di essi, convergenti o conflittivi, influiscono il raggiungimento degli obiettivi che l'attore principale (il Governo della Regione) propone come obiettivo da perseguire.

- **Quali attori, pubblici o privati, si è considerato decisivo coinvolgere per la creazione del modello lombardo e come si giustifica la scelta? Perché questi e non altri? Attraverso quali canali è riuscito il loro coinvolgimento nel sistema?**

Rispondo a questa domanda e quella dopo perché sostanzialmente è la stessa cosa. Facciamo una premessa per dare un senso a questa risposta. Il progetto di legge che poi

origina la legge 31, che viene approvata nel luglio del 1997 arriva in consiglio nella primavera del 1995, quindi sostanzialmente questo progetto di legge prima di sfoggiare nella approvazione definitiva della legge, sta in Consiglio 2 anni, perché in questi 2 anni si è cercato comunque di acquisire il parere e di sentire tutti gli operativi interessanti sia i partiti politici, che le organizzazioni sindacali, che le società scientifiche specialistiche di medici degli infermieri, dei laboratori. C'è stato un fior di... spiegando quali sono gli indirizzi, cercando di tranquillizzare quelli che più meno a ragione o a torto sembravano preoccupati cercando di mettere disordinate le politiche di natura ideologica che ci sono state anche pesanti.

- **Quali altri soggetti e attori (pubblici e privati) sono stati coinvolti nella riforma e nell'evoluzione del modello? In quale grado? (Tecnici dell'amministrazione, esperti, partiti politici, sindacati, organizzazioni di professionisti sanitari, etc...)**
- **Rispetto alla portata dei diversi interessi, che parte della proposta di riforma sanitaria è stata accettata o rifiutata da parte di questi attori? C'è stato, in qualche momento, un rifiuto del processo di riforma da parte di qualcuno degli attori che ha messo in pericolo la messa in atto del modello lombardo?**

È chiaro che non tutti gli attori non sono stati da parte della Regione Lombardia. Dal punto di vista sindacale, per esempio, le organizzazioni sindacali, soprattutto la CGIL non è mai stata favorevole a questo tipo di riforma privilegiando un modo anche legittimo da sempre il modello, tanto per fare un esempio, Emilia-Toscana, polemizzando molto sulla apertura ai privati, immaginando che si volesse svendere la sanità ai privati e non era vero. Lo stesso discorso, come dire, di polemica e quindi di blocco della proposta venne fatto dai medici di medicina generale per quanto il progetto originale di legge prevedeva anche l'accreditamento degli studenti dei medici di medicina generale, quindi venne fuori una polemica bestiale che alla fine il Consiglio decidete di non fare. Questo per dire che una riforma di questo tipo con una valenza strategica enorme ha avuto bisogno dei suoi tempi, 2 anni, per essere discussa e infine approvata e ha avuto bisogno di anche scontare parecchie tensioni.

CUESTIONARIO DE TESIS DE DOCTORADO**Entrevista a Jessica Zorogausta****Jefa de Gabinete del Consejero de la Comunidad de Madrid.**

(Recibido el 7 de noviembre de 2012)

El sistema sanitario español era originariamente de tipo Bismarck pero después sufrió una transformación radical con la creación del INSALUD y la entrada en vigor de la Constitución (art.43). Unos años más tarde con la aprobación de la Ley General de la Sanidad en 1986 se creó el Sistema Nacional de Salud, que preveía la asunción por parte de las Comunidades Autónomas de competencias sobre la gestión y planificación de los servicios de salud.

Entre 1981 y 2002 se ha vivido un proceso gradual de descentralización del Estado. Las Comunidades Autónomas han recibido una autonomía significativa en la gestión de los servicios públicos, entre ellos la sanidad.

PRIMER BLOQUE DE PREGUNTAS: Descentralización.

- **¿Podríamos decir que la regionalización de la sanidad en España ha dado origen a un proceso de innovación institucional?**
- **¿Cómo se define el cambio del modelo sanitario español, en concreto, el madrileño (2002 - 2012) después de la descentralización?**

En el año 2001, la Comunidad de Madrid tenía una población de 5.200.000 habitantes. Pues bien, en sólo dos años, nuestra región experimentó un crecimiento de algo más de medio millón de personas, llegando hasta los 5.700.000 que se registraron en 2003. Medio millón de personas más viviendo en Madrid en sólo dos años. Con este incremento poblacional, y las previsiones de crecimiento de la Comunidad de Madrid en todos los parámetros sociales y económicos, el primer Gobierno de Esperanza Aguirre decidió priorizar la sanidad pública, mejorarla y emprender la renovación y ampliación de la red de centros sanitarios.

En 2003, cuando Esperanza Aguirre asume la Presidencia de la Comunidad de Madrid, había, por tanto, 5.700.000 habitantes, a los que daban servicio 25 hospitales públicos, más de 13.000 médicos y un presupuesto de 4.600 millones de euros.

Durante su primera Legislatura, se pusieron en marcha los 8 primeros nuevos hospitales.

Y para cuando ya estaban a pleno rendimiento esos 8 nuevos hospitales, es decir en la segunda mitad de 2008, con Puerta de Hierro ya en funcionamiento, la cifra de habitantes ya había crecido otro medio millón de personas, hasta casi los 6.300.000, según cifras del padrón.

Es decir que en sólo 7 años la población en Madrid creció en más de 1 millón de habitantes, pasando de los 5,2 millones de 2001 a los casi 6,3 millones registrados a finales de 2008. Un millón de habitantes en apenas 7 años, o lo que es lo mismo, un crecimiento poblacional de un 20%. Pero el crecimiento poblacional no se detuvo en 2008, porque según el último padrón, hoy la Comunidad de Madrid alcanza prácticamente los 6 millones y medio de habitantes¹²³.

Por este motivo, y para mejorar la asistencia sanitaria pública en nuestra región, la Comunidad de Madrid prosiguió el plan de infraestructuras sanitarias con la apertura de los hospitales de Torrejón y Rey Juan Carlos, además de la apertura a todos los madrileños del Gómez Ulla y el futuro de Villalba.

- **¿Cuáles son los efectos positivos de la descentralización en la prestación de los servicios sanitarios?**

Las ventajas giran en torno a la cercanía de los problemas de los ciudadanos. En el caso concreto de Madrid, su sistema sanitario es de reconocida calidad y de prestigio a nivel internacional. Pero, como ya se ha descrito, se necesitaba realizar unas mejoras y por eso se decidió acometer la mayor transformación y mejora conocida en una red sanitaria en Europa en un tiempo récord.

- 11 nuevos hospitales (en 2011, realizaron el 25% del total de la asistencia hospitalaria) y 76 nuevos centros de salud.
- 332 millones de inversión para reformar hospitales ya existentes.
- Más de 215 millones para adquirir tecnología médica (según el Ministerio, somos la región con mejor equipamiento diagnóstico y terapéutico).

¹²³ Según el último padrón, actualizado a 31 de diciembre de 2011, la Comunidad de Madrid tiene 6.489.680 habitantes.

Pero ello requería implantar nuevas formas de gestión, que no se habían utilizado en la región. Para la apertura de los nuevos hospitales, la Comunidad de Madrid escogió fórmulas que han permitido mantener una sanidad pública de calidad a un coste de mantenimiento muy inferior al de un hospital tradicional.

El coste de los nuevos hospitales El coste “per cápita” de los nuevos hospitales es de 437 euros, frente a los 734 de media total.

- **La coordinación y colaboración entre las Comunidades Autónomas es necesaria, ¿permitiría esta una mejor gestión de los recursos y alcanzaría una mayor eficiencia?**

Sin duda. El SNS tiene mecanismos para que los españoles puedan ser tratados en hospitales que tienen mayor concentración de complejidad asistencial, por ejemplo; pero son mecanismos que deben ser revisados y actualizados para que el flujo de pacientes sea tan ágil como reconocido económicamente entre las regiones.

Madrid es la región española que dispone de más Unidades de Referencia Nacionales (CSUR), con 47 unidades y atiende pacientes de toda España. Pero además hay que revisar las colaboraciones más cotidianas, como por ejemplo la asistencia de los ciudadanos que se encuentran de vacaciones en otras regiones y que deben poder acudir al SNS sin problema, porque los asuntos administrativos deben estar al nivel de las instituciones y los ciudadanos no deberían preocuparse de ellos.

- **¿La descentralización del sistema sanitario ha permitido acercar el carácter decisorio al ciudadano?**

En Madrid así lo entendemos, por ello, a finales de 2010 se impulsó la libre elección de médico, enfermero y centro sanitario. Un cambio importante en la sanidad, que ha beneficiado tanto a los ciudadanos como a los al conjunto de profesionales y globalmente al sistema sanitario. Y que sólo es posible en la Comunidad de Madrid, la única región de España en permitir esta elección a sus ciudadanos.

Los ciudadanos madrileños han visto ampliados sus derechos, al poder tomar sus propias decisiones en la elección del médico en el que quieran depositar su confianza: tanto si han permanecido con el profesional asignado porque se encuentran satisfechos, como si

deciden cambiar, pero todos ellos habrán elegido libremente. En este sentido se incrementa el grado de participación ciudadana en el sistema de salud, mucho más importante y decisiva.

Este sistema de libre elección permite a los médicos saber que los pacientes que acuden a su consulta lo hacen porque confían en su experiencia y profesionalidad, ya que habrán elegido estar allí por voluntad propia y no sólo por una asignación administrativa, reforzando la relación en base a la confianza y dotando al profesional de un grado de reconocimiento mayor que el que ya tiene.

Desde su puesta en marcha, más de 770.000 madrileños han optado por cambiar de médico, mientras que el resto han decidido libremente continuar con el profesional que les venía atendiendo con anterioridad.

SEGUNDO BLOQUE DE PREGUNTAS: Envejecimiento.

- **El entorno social y laboral evoluciona de un modo que hace muy improbable que la familia pueda seguir asumiendo la responsabilidad del cuidado de los mayores o personas dependientes.**
- **¿En qué medida afecta al sistema sanitario la cuestión del envejecimiento de la población, no sólo como problema de estabilidad presupuestaria (sanidad, pensiones y dependencia) sino a nivel de atención socio-sanitaria?**

En Madrid estamos trabajando para fomentar la coordinación entre Servicios Sociales y la Sanidad, de tal manera que podamos atender mejor a los pacientes crónicos y las personas mayores y dependientes. Este es un tema para el que se ha formado un grupo de trabajo porque entendemos que es prioritario para el futuro de nuestra sociedad y que no puede abordarse desde un punto de vista únicamente sanitario, si no que debe ser enfocado desde una perspectiva global para optimizar los recursos y dar el mejor servicio posible a los ciudadanos.

- **Además del envejecimiento de la población, ¿cuáles son los problemas específicos que afectan al sistema sanitario, cuyos elementos pueden poner en cuestión la sostenibilidad a medio plazo?**

En el Estado de Bienestar se toma más en cuenta la inversión de los servicios públicos que la medición de los resultados y el impacto de las políticas y esa es una cosa que queremos trabajar. Medir la eficacia es el camino para hacer sostenible la sanidad.

Por ello, por ejemplo, estamos desarrollando un programa de mejoras, en cada una de las especialidades médicas, basado en las recomendaciones que en este momento están haciendo los grupos de trabajo de médicos especialistas de 45 especialidades.

Programas de mejora, con vista a los próximos años, que buscan optimizar los recursos existentes y no generar nuevos gastos –teniendo en cuenta la crisis que atraviesa el país– y que desde las propias recomendaciones de los especialistas buscarán incidir en la calidad de vida de los pacientes madrileños, sobre todo en aquellos que conviven con una enfermedad crónica.

Para esos miles de madrileños que padecen enfermedades como la diabetes, la hipertensión, el Alzheimer o las enfermedades respiratorias vamos a desarrollar planes de mejora en su tratamiento. Nuestro primer paso va a ser la elaboración de un Plan para mejorar la asistencia a los pacientes de EPOC¹²⁴, que va a atender de manera integral a quienes padecen bronquitis crónica o enfisema pulmonar, entre otras patologías.

Este proyecto coincide con una línea de trabajo que queremos potenciar: la coordinación entre los niveles asistenciales, para que los pacientes tengan un seguimiento tanto desde su médico especialista como desde su centro de salud.

Igualmente, extenderemos las Consultas de Alta Resolución, que estarán capacitadas para diagnosticar, en una sola visita, la mayor parte de los problemas que puedan presentar los ciudadanos

TERCER BLOQUE DE PREGUNTAS: Preferencias de los ciudadanos.

- **Entre la población, la financiación de la sanidad se entiende más por su condición pública que por su modo de financiación. La posición de los españoles en relación a la intervención de las instituciones estatales es clara.**

¹²⁴ EPOC. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Supone un grave problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, morbilidad y al importante consumo de recursos sanitarios que genera.

El Estado es responsable de su propio bienestar de todos y cada uno de los ciudadanos. Pero la realidad llama a una apertura hacia más actores.

- **¿Cómo se orienta la actitud de los ciudadanos hacia la sanidad? ¿Cuáles son los valores de los ciudadanos respecto a la protección social? ¿La posición de los ciudadanos puede cambiar al respecto? ¿Cuál debería ser la posición del ciudadano/paciente en relación a la prestación?**

A diferencia de otros servicios públicos del sistema español, la sanidad presenta buenos resultados (aunque con un coste muy elevado), por lo que los ciudadanos son muy reticentes a los cambios. Más aún cuando el mensaje en la calle es que se quiere privatizar la sanidad o acabar con ella y no se entra en una comparativa sobre cómo en toda Europa funciona de una manera distinta para asegurar su sostenibilidad.

No obstante, en los últimos meses, se está debatiendo mucho sobre su sostenibilidad en el tiempo, es posible que los ciudadanos estén tomando conciencia de la importancia de algunas reformas de este servicio público y de la necesidad de su uso racional.

En Madrid, con la apertura de los nuevos hospitales, gracias a la colaboración público-privada, hemos podido comprobar que a los madrileños no les preocupa si la gestión es pública o privada, lo que les preocupa es que se les ofrezca una atención sanitaria pública y de calidad.

Y, desde luego, los madrileños en eso están de acuerdo: 9 de cada 10 usuarios se muestran satisfechos con la atención sanitaria recibida, según las últimas encuestas de 2011 y no hacen diferencia entre cómo se gestionan los hospitales, si no en que han sido bien atendidos.

CUARTO BLOQUE DE PREGUNTAS: Accesibilidad y equidad.

- **La mejora de la gestión como concertación público privada permite aplicar criterios de gestión privada a servicios financieros con recursos públicos.**
- **¿Podríamos avanzar hacia un sistema mixto? ¿Por ejemplo, un sistema público que ofreciera una cobertura básica de prestaciones financiadas a**

través de impuestos y un seguro complementario a través de un sistema privado de carácter voluntario?

La sanidad pública en España es la predominante y se rige por principios como que es universal y gratuita. Y, como ya se ha mencionado, es muy valorada por los ciudadanos. La última reforma, de abril de este año, ha delimitado su acceso, como por ejemplo, la restricción a casos de urgencias, gestación y atención a menores a ciudadanos extranjeros en situación irregular, acercándose a las normas en otros países europeos. Y también ha modificado la aportación del usuario a los medicamentos, en función de la renta y no de la edad.

Los datos muestran que un 30% de la población tiene además un seguro sanitario privado. Sin embargo avanzar hacia otro tipo de sistema sanitario –como el de Alemania u Holanda- implicaría un cambio de modelo, de gran impacto social.

- **¿Cómo definiría la relación entre los aspectos financieros y cobertura obtenida? ¿Y cómo piensa que debería ser, deberían los ciudadanos recibir una factura sombra que refleje el coste del tratamiento recibido a efectos informativos?**

La factura informativa fue acordada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el que participaron todas las Comunidades Autónomas, en marzo de 2010. Este Consejo se realizó para analizar y proponer “medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, y en el que todas las regiones estaban de acuerdo en la necesidad de realizar acciones para la sostenibilidad del sistema de salud. Otras Comunidades Autónomas fueron las primeras en emitir dicha factura.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid inició en septiembre de 2011 la emisión de la factura sanitaria informativa a los usuarios del sistema madrileño de salud.

El objetivo del servicio es que los ciudadanos conozcan el coste de la asistencia sanitaria que reciben y que se financia con sus impuestos, dando mayor transparencia al sistema y fomentando un uso responsable de los recursos.

La factura informativa refleja los gastos desglosados de la atención sanitaria y se ha calculado en base a los costes medios de los hospitales madrileños.

A lo largo de 2012 se prevé que reciban la factura sanitaria informativa más de 100.000 pacientes de cirugía mayor ambulatoria, más de 200.000 pacientes de hospitalización y más de 2 millones de pacientes de urgencias y Atención Primaria.

La medida ha sido valorada muy positivamente por los Colegios Profesionales, por las Asociaciones Científicas, por los profesionales y por los propios pacientes.

- **¿Qué tipo de diseño del enfoque asegurador se debería diseñar para evitar efectos negativos sobre la equidad?**

Cualquier enfoque debe tener siempre en cuenta la renta de los ciudadanos para poder evitar problemas de desigualdades y acceso a la asistencia sanitaria –y no sólo variables como la edad- así como algún otro factor que incida directamente sobre el paciente - enfermos crónicos, por ejemplo- de tal manera que se asegure la cobertura básica, pero que haga consiente al ciudadano sobre la responsabilidad del uso de la sanidad.

- **¿Es posible introducir un enfoque asegurador como los que ya están presentes en otros países europeos?**

Este es un cambio de gran trascendencia y requeriría de un consenso nacional importante, porque se trata de un sistema que lleva funcionando así desde hace décadas. De hecho, tan sólo en España y en Reino Unido son los dos únicos países europeos donde actualmente la asistencia sanitaria es completamente gratuita.

- **¿Qué implicaciones tendría este hecho sobre la cartera de servicios?**

Dependiendo del modelo elegido, hipotéticamente se podría cambiar desde el número de prestaciones, las condiciones de acceso hasta el copago de la asistencia sanitaria, como en otros países europeos.

- **Por otro lado, ¿el sistema actual está preparado a afrontar un cambio incluyendo otros actores?**

Ahora mismo se están introduciendo cambios en los modelos de gestión, de manera incipiente, por ejemplo en la Comunidad Valenciana, pero no hay cambios en el sistema sanitario como han ocurrido en otros sistemas europeos, como ha sido el caso de Suecia.

La experiencia de otros países europeos demuestra que esos cambios son posibles pero que implican reformas sociales importantes.

QUINTO BLOQUE DE PREGUNTAS: Eficiencia.

- **La introducción de instrumentos de gestión eficiente en el sistema actual, ¿es para Usted más un debate de gestión pública o privada o de gestión más o menos eficiente del servicio?**

Es un debate de eficiencia. A los ciudadanos no les importa quién presta un servicio público mientras éste servicio sea de calidad. Este es el caso de los nuevos hospitales en Madrid. Es más, los ciudadanos, quienes pagan muchos impuestos para que se presten los servicios públicos agradecen una gestión eficiente del dinero público y no tienen tanto en cuenta si los servicios los realizan funcionarios o no, siempre y cuando sean de la máxima calidad.

- **¿Cuál es la relación entre el modelo de erogación del servicio y la estructura del gasto sanitario?**

Hay servicios que han demostrado que son más eficientes cuando son prestados de forma externalizada a la Administración y con menores costes.

Por ejemplo, en el ámbito sanitario, actualmente los servicios auxiliares no sanitarios están externalizados en unos hospitales y en otros no (cocina, lavandería, almacén, etc.) Con el fin de racionalizar y optimizar este tipo de servicios, Madrid ha decidido externalizarlos progresivamente en los grandes hospitales.

La experiencia de externalización no es nueva: centros como el Hospital Severo Ochoa de Leganés o el Hospital de Getafe, fueron abiertos, en los años `80, por gobiernos socialistas, con los servicios de cocina y lavandería externalizados.

En España también ya se han llevado procesos como éste: el Servicio Andaluz de Salud externalizó el servicio de lavandería del Hospital de La Línea, en 1997; en 2005 fue

cerrada la lavandería del Hospital Infanta Elena y en mayo de 2011 ya se anunciaba la externalización de todas las lavanderías de los hospitales públicos de la Comunidad Autónoma, comenzando por el Hospital Juan Ramón Jiménez y del Hospital de Riotinto.

Navarra anunció, en noviembre de 2011, la externalización del servicio de cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra y Galicia lleva 3 años analizando diferentes fórmulas de gestión para la externalización de servicios generales en los centros sanitarios de la Comunidad, entre éstos, la seguridad, la lavandería o la limpieza de hospitales.

- **Otro de los instrumentos aplicables para mejorar la capacidad del sistema sanitario para hacer frente a los retos de la sostenibilidad es gestionar eficientemente la demanda a través del copago.**
- **¿Es necesaria la participación del ciudadano en la financiación de los servicios sanitarios para que se racionalice la demanda? ¿Es posible racionalizar la demanda con un copago selectivo? ¿Si el copago no se diseña de forma apropiada se corre el riesgo de convertirse en un impuesto que grave la enfermedad en pacientes de reta baja o aquellos con una enfermedad crónica?**

Diversos estudios muestran que la aplicación del copago debe hacerse con cautela y que si bien reducen la demanda también implica la toma de decisiones importantes sobre la salud. Los pacientes no reaccionan igual en todos los servicios. Por ejemplo, la demanda en general, es más sensible al precio en el caso de los servicios preventivos que en el caso de enfermedades agudas. Y aunque estos estudios demuestran que el copago no parece traducirse en un peor estado de salud de la población hay que tener en cuenta las excepciones más sensibles ante esta medida: las rentas más bajas y los pacientes crónicos.

SEXTO BLOQUE DE PREGUNTAS. Agenda de reformas.

- **Emprender reformas afrontando la resistencia de la opinión pública tiene un coste electoral. La condición esencial para que una reforma se acepte es que los ciudadanos entiendan que una reforma no significa minimizar el coste total de la sanidad, sino mejorar su funcionamiento y elevar los niveles de la calidad de vida.**

- **¿Existe hoy día en la situación de crisis que atravesamos la urgencia de realizar reformas?**

Actualmente ya se están introduciendo reformas en el SNS, porque está claro que la crisis ha hecho que se deba revisar la eficiencia y sostenibilidad de los servicios públicos. El Consejo Interterritorial de Sanidad, convocado por el Ministerio de Sanidad, el pasado mes de abril, se realizó con la participación de todas las regiones para debatir sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. Y se planteó la cuestión de que cada reforma que se haga en Sanidad es para que no se tengan que hacer recortes, en el que es probablemente es el servicio público más importante para la sociedad.

La Ministra de Sanidad explicó que la asistencia sanitaria estaba garantizada y que era gratuita y que iba a seguir siendo gratuita. Y que los ciudadanos pagaban parte de los medicamentos, y van a seguir pagando parte de los medicamentos.

La diferencia importante es que ahora ese pago se haría con un modelo más equitativo y más justo, ya que la aportación no será en función de la edad, si no de la renta.

Un modelo que garantiza que los que menos tienen puedan acceder a los medicamentos sin aportación: jubilados con pensiones no contributivas, personas que estén cobrando la renta mínima de inserción y –esto es nuevo y muy importante- los parados de larga duración, que no tengan ninguna prestación, que por desgracia, hoy, son muchos. Y que compromete a los que tienen ingresos a contribuir al mantenimiento del sistema.

De igual manera, se han adoptado medidas que buscan que los españoles paguen la sanidad de quienes contribuyen y pagan sus impuestos aquí, para buscar una universalidad apropiada.

Por ello, el aseguramiento de los extranjeros irregulares se ha revisado, de tal manera que se garantice la asistencia de urgencia, pero que exigirá responsabilidad a los países de origen, cuando así corresponda, como es el caso de los europeos y los países con quienes tenemos convenios en vigor.

Se quiere así evitar el que se ha denominado “turismo sanitario” y asegurar la asistencia sanitaria a quienes trabajan, pagan sus impuestos y contribuyen a la riqueza de nuestro país, independientemente de donde hayan nacido.

- **¿Qué camino se puede emprender para que el ciudadano entienda la necesidad de un cambio de modelo?**

Una explicación clara y una garantía en la calidad de los servicios que se vayan a prestar.

- **¿Cómo se comportaría la Comunidad de Madrid ante esta situación?**

La Comunidad de Madrid ha sido siempre una región que ha sabido enfrentar las situaciones de crisis, y mientras en el resto del país –sobre todo desde el gobierno de la Nación- se negaba la crisis, la primera Comunidad Autónoma en adoptar medidas para combatir desde 2008 fue Madrid:

- Austeridad y reducción del gasto corriente.
- Bajada de impuestos.
- Impulso a la actividad económica y del empleo.
- Madrid, única región que cumple el límite de déficit.
- Reducción de Consejerías, organismos públicos y cargos de confianza.
- Eliminación de duplicidades entre administraciones.

La suma de estas medidas ha supuesto un ahorro global, desde el año 2008, de 3.200 millones de euros.

Gracias a ello, según la última EPA:

- Madrid, única región que ha creado empleo (15.900) frente al aumento del paro en España en 375.000.
- Tasa de paro en Madrid (el 18,6%) casi 6 puntos menos a la de la media de España (24,4%). Al comienzo de la crisis era de sólo 2 puntos.
- Menor tasa de paro en todos los grupos de población: jóvenes, mujeres, hombres y extranjeros.

Y en el tema del sistema sanitario madrileños también se ha tomado medidas, algunas muy criticadas por la oposición pero que luego han sido imitadas en todas las Comunidades Autónomas, incluyendo las gobernadas por el partido socialista.

- Supresión de la carrera profesional.
- Contención de la plantilla sanitaria.

- Reducir de liberados sindicales, hasta donde la Ley marca.
- Aplicación de la jornada de 37,5 horas (35 horas, desde 2003 y que ha supuesto un coste de casi 340 millones en el periodo 2003-2011).
- Madrid, primera región en implantar el sistema de prescripción por principio activo. El ahorro en el primer semestre (noviembre 2011-abril 2012) de la implantación de la prescripción por principio activo ha sido de más de 40,5 millones de euros.
- Distribución de la factura sanitaria informativa.